

LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDECINE D'ENTREPRISE : L'AFFAIRE DU DOCTEUR ELLEN IMBERNON

Une première contribution destinée à mieux cerner le concept de médecine d'entreprise plaçait au centre de notre réflexion l'attitude du médecin confronté aux mensonges du management. Refuser ce mensonge au nom de ses règles professionnelles n'est pas sans danger pour un médecin du travail, comme pour tout spécialiste du champ de la santé au travail. C'est s'exposer à des représailles immédiates de la part des employeurs. Les changements de secteur ou le travail « à l'abattage » interentreprises, sont là pour en témoigner.

L'affaire de la division épidémiologie du Service Général de Médecine du Travail EDF-GDF vient malheureusement de montrer que le mal peut également atteindre des services autonomes de grande taille. Il ne s'agit pas d'un coup de tonnerre dans un ciel serein mais plutôt de la partie visible d'un processus souterrain d'involution. Provoqué en profondeur par le management, un clivage s'est constitué à l'intérieur du service médical de cette entreprise. Cette fracture principale entre partisans d'une médecine d'entreprise et ceux qui tiennent à leur exercice en médecine du travail ne recoupe pas entièrement la césure entre service central et services locaux. Une part, pour l'instant très minoritaire, de médecins du travail de terrain s'organise pour exercer une médecine d'entreprise avec la bénédiction du SGMT. D'autres plus nombreux, regroupés autour de leurs syndicats, résistent avec leurs différentes spécificités. D'autres enfin restent dans l'indécision.

Notre propos est de montrer en quoi l'affaire de la division épidémiologie du SGMT, bien que la répression s'exerce sur un médecin du travail ayant privilégié des activités en santé publique au travail, est révélatrice de ce clivage. Malgré sa spécificité elle permet de mettre en évidence les ressorts de ce que pourrait être le fonctionnement d'un service de médecine d'entreprise et le statut d'un médecin d'entreprise.

Le service médical du travail d'EDF-GDF est un service unique dont l'organisation fait l'objet d'un agrément du Ministère du Travail. Il comporte deux entités distinctes :

- des services médicaux locaux (SLMT) semblables à tous les services d'établissement et placés sous la responsabilité d'un ou de plusieurs médecins du travail.
- le service général de médecine du travail (SGMT), plateau technique et de coordination dont le fonctionnement est en partie défini par des textes internes et placé sous la direction d'un médecin-chef.

« *La surveillance du service médical du travail* » est assurée en partie par « *un comité national de la médecine du travail (CNMT) qui exerce la surveillance du Service Général de Médecine du Travail, avec les attributions conférées au comité central d'entreprise (...)* Des comités locaux de la médecine

du travail (CLMT) (...) exercent la surveillance des services médicaux locaux du travail, avec les attributions conférées au comité d'entreprise. » Pour l'aider dans sa tâche, le médecin-chef s'est entouré de médecins du travail détachés, les chargés de missions, au départ temporaires, puis permanentes, puis recrutés en dehors du corps des médecins du travail EDF-GDF, puis sans expérience de la médecine du travail. Le SGMT bénéficiait de la mise à disposition du personnel statutaire, d'abord cantonné à des tâches administratives puis effectuant des travaux techniques. L'augmentation du nombre de ces agents a été progressive. Enfin, petit à petit, l'habitude fut prise de faire appel à du personnel vacataire, voire intérimaire d'abord pour des tâches ponctuelles, puis de façon plus ou moins permanente. Ces aménagements progressifs n'ont jamais été formalisés. Les rapports entre SLMT et SGMT non plus.

Ni la position du médecin-chef vis à vis de ses confrères, ni le statut des médecins chargés de mission en médecine du travail n'ont jamais été définis ; tous sont titulaires du même contrat type de médecin du travail.

Inaugurés par la complexité croissante du SGMT et sa hiérarchisation, c'est surtout à partir de la mise en place du management dans l'entreprise que les problèmes sont apparus. Le médecin-chef du SGMT, sans véritable légitimité réglementaire jusqu'alors, a sans doute saisi l'opportunité de l'organisation managériale afin de consolider sa position en prenant sa place dans une hiérarchie de direction. Il a donc en 1993 participé à l'élaboration et tenté d'imposer à ses confrères un « *plan stratégique des services médicaux* ». Celui-ci institue sur le SGMT le contrôle d'un « *directoire* » composé en majorité de non-médecins, représentants des directions. Parmi les attributions de cet organisme, le budget et la « *communication* ». Il investit aussi le médecin-chef d'une autorité hiérarchique technique sur les médecins chargés de mission en médecine du travail au SGMT. Les médecins du travail locaux sont placés sous tutelle des directions locales. Le budget de leur service, leur formation, leurs activités peuvent être subordonnées à des contrats d'objectif et des lettres de mission. Des « *décisions* » du médecin-chef viennent préciser les rapports entre SGMT et SLMT. La « *coordination* » est formalisée par l'existence de « *commissions* » et de « *groupes de travail* » où le médecin-chef, et lui seul, désigne les médecins du travail qui y participent. Leur composition, mais aussi le choix des sujets traités et la publication des résultats doivent recevoir l'approbation du médecin-chef.

Refusé unanimement par les représentants du personnel au CNMT, l'application du « *plan stratégique* » a connu des fortunes diverses. Ainsi les tentatives de l'imposer aux médecins du travail locaux se sont heurtées à une forte résistance

de la plupart d'entre eux s'appuyant sur la déontologie et la réglementation. L'intégration managériale des médecins du travail suit donc des chemins détournés et s'adapte aux situations locales.

Le management s'est fixé deux objectifs :

- Il s'agit, tout d'abord, de couper le médecin du travail des salariés et de leurs représentants en l'éloignant des organismes réglementaires (CHSCT et CE). C'est ainsi que les médecins sont conviés à participer à des groupes de direction, parfois fonctionnant secrètement. Le médecin y est sans recours et sans garantie du fait de l'opacité de ces groupes vis-à-vis de l'espace public. Cette pratique assèche le dialogue social en traitant les questions entre médecin et direction avant la tenue des organismes représentatifs. Le SGMT apporte toujours sa caution à de tels groupes.

- Le deuxième objectif consiste à cliver l'activité du médecin du travail entre activité clinique et activité en milieu de travail. Selon l'employeur seule l'activité clinique serait concernée par la déontologie médicale et pour le reste le médecin serait à considérer comme un cadre « ordinaire ». Appuyée sur une déréglementation constante, cette aberration cherche à faire intégrer aux médecins que dans le domaine de l'activité en milieu de travail ils auraient la possibilité une activité de pure expertise au profit de l'employeur sans que leur responsabilité soit engagée.

Ces deux objectifs ont pour finalité de faciliter l'expression du courant de médecine d'entreprise en faisant épouser au médecin une part des défenses spécifiques (au sens de la psychodynamique) de l'encadrement. En favorisant ces dérives le SGMT devient le cheval de Troie du management. C'est aussi pourquoi le contrôle du SGMT est essentiel pour la poursuite du dessein managérial.

Pour le management tout signe d'indépendance est considéré comme une menace. Toute divergence de vue donne lieu à répression. Des médecins du travail locaux sont l'objet d'interdits professionnels. La coopération avec le SGMT qui devrait reposer sur une libre organisation entre pairs est devenue une collaboration c'est-à-dire une activité subordonnée.

Dans ce contexte, l'affaire de la division épidémiologie n'est pas, comme le management voudrait le faire croire, l'expression de problèmes interpersonnels mais bien celle de la violence du management destinée à imposer son contrôle sur la médecine du travail. Le SGMT est considéré comme un service sans spécificité et identique aux autres services de l'entreprise.

Lors de la Sous-Commission Médecins du Travail de la Commission Paritaire des Médecins EDF-GDF du 10 mai 1995, un rapport rédigé par la direction sous le numéro 125 fut soumis aux membres. Il portait sur la « *compatibilité entre subordination contractuelle et indépendance technique des médecins attachés au Service Général de Médecine du Travail* ». Il précisait notamment : « *Le Service Général de la Médecine du Travail est constitué d'experts scientifiques qui sont soit des ingénieurs (...) soit des médecins. Ces derniers ne pratiquent pas d'acte médical dans le cadre de leurs activités au SGMT. Il en résulte que ces experts scientifiques,*

ingénieurs ou médecins, sont soumis à la hiérarchie de l'entreprise, en l'occurrence le Médecin-Chef qui valide leurs travaux. Leur indépendance est celle spécifique à tout expert, sans rapport aucun avec l'indépendance du médecin dans ses actes médicaux. De la même manière, leur déontologie est celle spécifique à tout expert ».

Les représentants des médecins protestèrent contre cette conception hiérarchique du fonctionnement du SGMT et l'assimilation du rôle des médecins chargés de mission en médecine du travail au SGMT à celui d'experts non médicaux. Ils firent référence aux articles 2 et 75 (maintenant 95) du Code de Déontologie Médicale. Ceux-ci impliquent qu'un médecin reste un médecin même s'il exerce en santé publique sans activité clinique. Ils rappelèrent aussi le devoir d'indépendance technique des médecins requis par les articles 10 (maintenant 5) et 75 (maintenant 95). Ils notèrent également que leurs employeurs ne se sont pas engagés par contrat, comme ils devraient le faire, à leur donner les moyens de cette indépendance. Le représentant des directions retira, en séance, le rapport numéro 125 mais c'est bien cette position que défend la direction dans l'affaire Imbernon.

En effet, un médecin chargé de mission en médecine du travail est, pour la direction, un cadre comme les autres. Pour le management, l'indépendance professionnelle d'un médecin ne serait liée qu'à ses activités cliniques. Exercer la santé publique, volet essentiel de l'exercice médical, comme le réaffirme le nouveau code de déontologie, se solderait pour un médecin par une perte d'indépendance. Dans ce cas (mais n'est-ce pas comparable à la mise en place de la pluridisciplinarité des services de santé au travail ?) le médecin chargé de mission est inséré par l'employeur dans la ligne hiérarchique technique où le médecin-chef a rang supérieur et est lui-même considéré comme un manager, élément d'une ligne hiérarchique de directeurs non-médecins.

La « communication » est ici affaire de hiérarchie. La direction prétend donc avoir la propriété des données et des résultats et s'octroie un privilège d'« *imprimatur* » sur les publications.

L'épidémiologie en médecine du travail est particulièrement visée par un tel système puisqu'elle a pour finalité de mettre en lumière les liens entre les atteintes à la santé et le travail. Dans notre exemple, la division épidémiologie du SGMT a, par définition, abordé des sujets sensibles (amiante et cancers, conditions de vie et de travail des sous-traitants de centrale nucléaire, organisation du travail et santé, santé et rayonnements électromagnétiques...) en mettant en place des activités coopératives avec les médecins du travail locaux. Le comportement professionnel indépendant de ses responsables, les marges de manœuvre que leur confère la confiance de leurs confrères sont devenues insupportables car ils permettent d'échapper au contrôle absolu que l'employeur entend s'arroger sur la « communication ».

La mise au pas était inévitable. Le seul moyen d'éviter le conflit aurait été de se soumettre, au prix de son indépendance professionnelle. Le Docteur Imbernon en affirmant son indépendance professionnelle dévoile le dessein du management. Considéré comme un cadre « ordinaire » on lui appli-

Médecine du travail ou médecine d'entreprise ?

que les méthodes d'intimidation habituellement utilisées pour pousser les cadres à la démission, celles du « mobbing » : suppression de ses moyens de travail, propositions inconsistantes, tracasseries administratives, exigences irréalisables, démenagement de bureau, constat par huissier de prétendues fautes, mise à pied, simulacre d'entretien préalable sont tour à tour utilisés. Fidèle à sa logique et bien que le Docteur Imbernon ait récemment exercé des activités de remplacement, l'employeur n'a pas requis l'accord du Comité d'Entreprise pour le licenciement. Le motif du licenciement, « *la perte de confiance* », est lui aussi révélateur des conceptions de l'employeur. Or notre consœur a le même contrat de travail que les médecins du travail locaux : un contrat de médecin du travail. Comment ne pas croire que ce qu'on lui applique, ne sera pas étendu, un jour ou l'autre, quand le rapport de force sera favorable à ce dessein, à tous les médecins du travail de l'entreprise ?

La médecine d'entreprise avait pour projet initial de servir à la fois les intérêts économiques de l'entreprise et la santé des salariés dans une perspective humaniste et largement utopique. Elle prétend mettre en pratique un postulat fondamental : « *ce qui est bon pour l'entreprise est bon pour les salariés et la collectivité* ». L'observation de ce qui se passe dans les entreprises actuellement contredit cette optimiste maxime. Comme le salarié de l'entreprise libérale doit gérer personnellement les contradictions de l'organisation du travail, principalement en compromettant sa santé, c'est au médecin d'entreprise d'assumer les contradictions entre intérêts économiques et objectifs de santé. Placé dans une situation inextricable le médecin d'entreprise va se réfugier dans une attitude défensive en rejoignant la position de l'encadrement. Cela conduit à la naissance du deuxième courant de la médecine d'entreprise, celui qui subordonne les objectifs de santé aux objectifs économiques.

Or cette attitude déroge aux principes de la déontologie médicale qui est la référence essentielle de toute activité médicale. « *Se situer comme médecin, signifie, pour le médecin du travail, que son action est orientée par le souci de la santé de l'individu et que cet objectif ne saurait être subordonné aux intérêts de l'entreprise qui l'emploie (...) Le médecin est dans l'entreprise pour tenir les exigences de santé, y compris quand celles-ci apparaissent contradictoires avec les exigences économiques* »(1).

Ce rappel déontologique ne nie pas, bien au contraire, l'intérêt pour le médecin de faire référence à l'organisation de travail mais il l'aborde du point de vue de la santé. La contradiction entre organisation du travail et exigences de santé ne concerne pas seulement le médecin mais chacun dans l'entreprise.

Agir sur l'organisation du travail c'est avant tout agir sur un processus de construction sociale dont les compromis sont marqués par les stratégies de défense contre la souffrance qui, par leur caractère inconscient, contribuent massivement à l'opacité des relations sociales de travail pour ceux mêmes

qui les vivent et a fortiori pour ceux qui les observent. Pour le médecin agir sur l'organisation du travail du point de vue de la santé implique donc de développer une écoute particulière qui puisse lui permettre d'entendre et donc d'identifier difficultés, souffrances, défenses. Cette écoute aussi bien individuelle que dans l'espace public de l'entreprise relève d'une nouvelle clinique : celle du travail. Cette écoute est qualifiée de compréhensive. Cela ne fait pas uniquement référence à la compréhension des situations qu'elle permet au médecin. Ce terme désigne en fait sa finalité principale qui est de permettre au patient d'accéder lui-même à la compréhension des situations auxquelles il est confronté. Le rôle du médecin du travail est bien de soutenir cette quête du salarié vers la transformation des situations de travail.

Le second moment fondamental de l'action du médecin du travail est sa prise de position publique, non pas du point de vue d'un expert scientifique mais toujours du point de vue de la santé, pour servir de point de départ de la réflexion commune, pour alimenter le débat social sur les questions de santé au travail.

Nous venons de montrer que, dans les faits, la médecine d'entreprise ne permet aucune prise de position du médecin dans l'espace public autrement que comme expert de l'employeur c'est-à-dire du seul point de vue de la rationalité économique. Cette attitude couperait le médecin du débat social et le laisserait sans légitimité. Un tel exercice est lié au fonctionnement de l'entreprise. Il se caractérise en particulier par des zones d'invisibilité qui concernent l'activité en milieu de travail du médecin et ses résultats. L'aptitude individuelle fait une large part à la sélection. Il méconnaît en partie le contrôle des représentants des salariés. Il privilégie le point de vue de la rentabilité. Cela est donc potentiellement générateur de méfiance de la part du patient. Les visites individuelles peuvent bien être rendues obligatoires, le silence de l'examiné ou son mensonge éventuel en annihilent en partie la valeur. Comment le médecin d'entreprise pourrait-il pratiquer une écoute compréhensive ?

L'activité en milieu du travail ne peut dans un tel contexte avoir d'autres caractéristiques que l'observation du travail prescrit et la dissimulation du travail réel. Toute l'activité informelle du médecin : conversations, confidences deviendront conventionnelles et sans intérêt. Sur quoi, malgré toutes ses compétences théoriques, le médecin d'entreprise pourrait-il construire un avis professionnel en prise avec la réalité ? Déontologiquement incorrecte, techniquement impuissante, la médecine d'entreprise serait tout au plus un alibi médical à une certaine image de marque de l'entreprise libérale en attendant de servir d'alibi juridique à sa responsabilité. Machine à remonter le temps vers une situation de subordination totale à l'employeur que la Loi de 1946 a tenté d'alléger, la médecine d'entreprise ne saurait donc être l'avenir de la médecine du travail, elle la conduirait à sa perte.

*Alain Carré
octobre 1996*

• • • • •

1- Ph. DAVEZIES : Rapport aux 24^{èmes} Journées Nationales de Médecine du Travail, Paris, 12 juin 1996.