

Délibérer et construire le métier de médecin du travail

Dominique Huez, président de l'association Santé et Médecine du travail

Publié dans Le Revue des professionnels de la Santé au Travail, du SNPST, n°7, mai 2013, pp 32-34

www.snpst.org/IMG/pdf/revue_du_jst_no7-2.pdf

L'association SMT est née à la fin des années quatre-vingt.

Elle est l'héritière du SMT né en 1979, qui, avec le SMG, a échoué dans le projet d'Union syndicale de la médecine. **Mais un lieu de mise en débat des pratiques professionnelles en médecine du travail y a émergé.**

I - Les premiers acquis du Réseau SMT des années quatre-vingt sont multiples

Plusieurs problématiques y sont conjointement en travail :

- **Le rôle central du travail** pour comprendre et agir en médecine du travail. Le réseau SMT contribue au rassemblement des connaissances à travers l'ouvrage les Risques du travail paru en 1985. Il y rencontre la psychopathologie du travail en refondation (Christophe Dejours) et consolide ses connaissances sur les cancérogènes professionnels pour contribuer à faire émerger cette question en priorité de santé publique en santé au travail. Après avoir découvert les connaissances sur le travail empruntées à l'ergonomie via les fameux « TP-B » du Pr Wisner, beaucoup de ses animateurs à partir de 1985 concluent à l'impossibilité d'exercer conjointement les deux activités de médecin du travail et d'ergonome pour conserver un ancrage médical clinique.
- **La reconnaissance d'une prévention médicale primaire** assise sur l'exercice de médecins du travail de première ligne. La médecine du travail de conception médico-légale, médecine experte sans prise en compte de la question sociale et des inégalités sociales de santé au travail, généralement médecine d'organe, y est rejetée. La médecine du travail de première ligne paraît essentielle à développer par travers une pratique clinique à refonder. Nous y confrontons déjà les premières monographies cliniques.
- **La question de l'organisation et de la gouvernance de la médecine du travail.** Pour le SMT elle doit sortir de la gestion patronale vers un service public de médecine du travail dont les contours naissent du débat politique. Les lieux d'exercice devront être au plus proche des besoins des personnes, les Unités Sanitaires de Base regroupant des professionnels de première ligne relevant du code de la santé pouvant être un de ces lieux.

Tout au long de ces années, **ce petit réseau SMT fonctionne comme un groupe de pairs avant l'heure**, et sa faible taille facilite l'échange concret sur les pratiques professionnelles adossées à l'expérience clinique.

II - L'association SMT s'est appuyée sur ces acquis.

Pour renforcer sa propre réflexion, l'ancien réseau s'est élargi aux confrères qui souhaitaient un lieu spécifique pour refonder leur exercice médical.

Les statuts de l'ass.SMT en 1990 lui donnent alors « ***pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail. Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail*** ».

Les Cahiers SMT, Revue annuelle de cette association depuis 1990, ont retracé systématiquement à travers 26 numéros, l'état des réflexions cliniques, des pratiques et délibérations sur le métier, des questions sociales et organisationnelles du point de vue du médecin du travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés.

Trois de ces numéros correspondent à des ouvrages rassemblant la réflexion autour de trois thèmes majeurs.

- **En 1994 la Précarisation du travail** dans l'ouvrage « ***Souffrances et précarités au travail, paroles de médecins du travail*** » ; son instruction est concrètement adossée à la clinique médicale du travail naissante.

- En 1998, en rassemblant ses travaux depuis plus de 10 ans, l'ouvrage « **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat** », fait l'état des **Pratiques, règles professionnelles et références éthiques d'un réseau** beaucoup plus large que ses propres membres.

- En 2000 est abordée pour la première fois la **question du genre** en médecine du travail dans l'ouvrage « **Femmes au travail, violences vécues** ».

Ces trois ouvrages font encore références.

III - Plusieurs problématiques d'élaboration sur le métier de médecin du travail traversent depuis lors le fonctionnement de ce réseau ouvert :

1- Le déploiement d'une clinique médicale du travail issue de la délibération sur les pratiques cliniques.

Ainsi en 2001, Odile Riquet et Denise Renou- Parent écrivent : « *Quand nous cherchons à comprendre l'activité et le rapport que chacun noue avec elle, il se peut que le dialogue, aussi argumenté et instructif qu'il soit, n'offre pas de prise, comme si nous restions à la surface de ce qui fait énigme dans l'articulation de la souffrance au travail, jusqu'à ce que, au détour d'une phrase ou d'un mot, l'évocation d'une expérience enfouie puisse resurgir, ouvrant de nouvelles clés à la compréhension et par là de nouvelles perspectives d'action pour le sujet et nous-même. Nous reviennent ces histoires de résistance à l'action qui s'enracinent dans des expériences singulières au travail, parfois depuis longtemps recouvertes .../... Mais cet état a ses limites, il ne peut être que transitoire, et le retour à la délibération permet au sujet de retrouver sa place. Après « le silence du regard », il nous faut nous garder, dans un désir compulsif d'agir et de prescrire, de réduire au silence celui qui doit rester acteur. Pouvoir proposer des issues possibles sans barrer celles qui pourraient être élaborées par le sujet dans un cheminement de la pensée qui va se poursuivre sans nous. Savoir aussi accompagner la mobilisation devenue trop difficile quand la liberté de parole et le pouvoir d'agir ont été provisoirement ou trop longtemps entravés. Accepter que, dans cette consultation de médecine du travail, l'acte médical n'agisse sur le réel, amenant un changement si infime soit-il, que si la relation intersubjective entre le médecin et le salarié construit un nouveau point de vue sur le travail et que si elle permet de faire émerger, à travers l'émotion, quelque chose de l'énigme nouée pour chacun de nous, entre l'engagement subjectif dans le travail et le monde social* ». Cette référence clinique pratique est depuis largement partagée.

2- La visibilité sociale des questions de santé au travail dans l'entreprise comme moyen de prévention collective.

En 1995 nous écrivions : « *Rendre compte dans l'espace public de l'entreprise devient alors la pierre angulaire de l'évolution des pratiques en médecine du travail. Cela permet, nous l'avons vu, à travers l'information des acteurs sociaux de préciser la demande et les problématiques, d'initier des pratiques préventives, de définir des stratégies de prévention. Cela permet également de faire connaître les obstacles que rencontrent les médecins du travail dans l'accomplissement de leur mission. Par exemple, dans le domaine de l'écoute clinique de la souffrance des salariés, l'objectivation des problèmes de santé psychique et leur mise en lien avec l'organisation du travail, à travers le compte rendu qu'en fait le médecin du travail est parfois désagréablement vécu par les organisateurs du travail. Dans cette situation, ne rendre compte qu'à l'employeur est non seulement peu conforme à la réglementation mais aussi dangereux pour le médecin car c'est prêter le flanc aux pressions en empêchant le débat social de jouer son rôle protecteur. Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail et l'impérieuse nécessité du travail coopératif entre médecins du travail du noyau stable et des entreprises sous-traitantes ou tout simplement confrontés aux mêmes problématiques, rendre compte ne peut se limiter à l'espace interne de l'entreprise* ».

3- Les règles concrètes d'exercice en médecine du travail.

Claude Schucht fait un point en 2000 des propositions concernant l'obligation de moyens du médecins du travail en ce qui concerne son propre cadre d'exercice : « *Le temps de*

consultation nécessaire à une écoute en corrélation avec le droit à l'expression du salarié prime sur l'obligation de voir l'ensemble des effectifs sur l'année .../... - Toujours privilégier le droit au choix des individus et les considérer en adultes, tout en leur donnant les informations nécessaires à l'exercice de ce choix. Ne réserver l'imposé qu'à des catégories bien définies, motivées, et faisant l'objet d'un consensus social. Si, dans certains cas le principe d'efficacité doit primer, se battre pour qu'il en soit tiré toutes les conséquences pour l'employeur et non pour le seul salarié. - Restituer aux salariés les informations tirées de ces dépistages, que l'entreprise ait un CHSCT ou pas .../... Peut-être faudrait-il aller vers une autre règle: considérer l'autre en adulte responsable, avoir un devoir de conseil et d'information, pas un devoir de décision ; et puisqu'on n'est pas, actuellement, dans un cadre qui le permette, avoir chaque fois que c'est possible, la démarche de laisser la décision au salarié .../... Nous pouvons alors proposer une nouvelle règle : il existe un devoir de restitution des informations que nous collectons et ce devoir doit s'imposer à nous quel que soit le contexte de notre travail. C'est une question de respect envers les capacités des salariés à agir pour l'amélioration de leurs conditions de travail. Pour ce faire, nous ne devrions plus balancer entre temps médical et tiers temps, même en période de pénurie. Les deux sont indispensables, non parce qu'ils sont obligatoires, mais parce qu'ils sont dus à nos interlocuteurs. ».

4- L'empêchement d'agir de « l'aptitude réglementaire ».

Depuis le début du réseau deux éléments essentiels concernant l'ambiguïté de l'aptitude et son empêchement à penser y sont débattus :

- La prise en compte du consentement éclairé du salarié pour les décisions médico-légales sauf sauvegarde d'un travailleur « *empêché psychologiquement d'agir* ».
- Le rejet de pratiques eugéniques et sélectives pour l'intérêt de l'entreprise, mais l'utilisation de préconisations médicales pour aménager le travail dans un sens compatible à sa santé.
- En dernier recours une inaptitude de sauvegarde avec l'accord du salarié peut être employée.

Le débat sur la notion de l'aptitude comme risque pour le sens des pratiques en médecine du travail s'est structuré en 1995. En 2000, Pierre Abécassis fait le point de ce débat : « *Finalment, lors du colloque singulier que le salarié a eu avec le médecin du travail, il s'est produit un échange d'informations réciproques permettant au médecin du travail de saisir l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail. Cette adéquation n'est rien d'autre qu'un diagnostic clinique, et ce diagnostic induit éventuellement un traitement. Ce traitement, comme tout traitement, nécessite pour être efficace l'information du « patient », sa coopération, sa compréhension. Comme tout traitement, il induit des effets secondaires sur lesquels le salarié doit être informé et que le médecin évalue avec lui en termes de risques. .../... En fin d'examen, celui-ci se trouve donc dans la situation classique du médecin devant rédiger l'ordonnance visant à formaliser ses conclusions et à formuler ses prescriptions. Comme cela devrait être le cas dans toutes les spécialités médicales, mais comme c'est particulièrement vrai en médecine du travail, il ne peut être question que cette ordonnance soit rédigée sans l'accord et l'information du « patient », sans son consentement éclairé. Outre les conseils qui relèvent d'une pathologie ou d'un facteur de risque apparemment indépendant du travail et naturellement confidentiels, il s'agit d'examiner avec le patient ce qu'il convient de signifier à l'employeur, pour une large part responsable de l'exécution de l'ordonnance puisque générateur du risque. .../... ».*

En 2001 nous écrivions : « *L'aptitude médicale au travail dévoyée par la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre doit être totalement repensée. La perspective de sélection génétique donne une nouvelle acuité à ce dévoiement des pratiques médicales de prévention. À la notion « d'aptitude médicale au travail » doit être substituée une « fiche de consultation » permettant des conseils d'aménagement de poste, tout en conservant la possibilité de délivrer des certificats d'inaptitude dans une perspective thérapeutique de sauvegarde des personnes. La « non inaptitude » médicale réglementaire inique à l'exposition aux cancérogènes, doit être remplacée par une attestation de suivi médical de travailleur exposé, qui laisse des traces, engageant la responsabilité du médecin et formalisant ainsi son désaccord possible avec l'évaluation*

faite par l'employeur. Elle permet information et débat, et peut contribuer à préserver les droits des salariés. L'aspiration des médecins du travail est de contribuer à changer le travail pour en faire un facteur de santé. Pour cela, il est nécessaire de favoriser un travail porteur de sens, de citoyenneté, de lien social, ouvrant à chacun la possibilité de construire son identité. .../...».

5- L'urgence d'une réforme de la médecine du travail dont les déterminants politiques puissent être discutés.

En 2001 les Cahiers SMT font un bilan de ce débat :

« Il y a trois contradictions à résoudre pour inscrire la Santé au travail dans un projet de santé publique :

- ✓ ***Autonomiser la santé au travail organisationnelle et environnementale de la gestion des risques de la responsabilité des seuls employeurs, par l'octroi d'un statut d'indépendance aux professionnels de la santé au travail non médecins, et par une gestion non majoritairement patronale des structures où ils exercent. Il faudrait aussi développer le contrôle social de leur intervention, sinon de leur exercice individuel..../...***
- ✓ ***Supprimer la subordination des pratiques professionnelles des médecins du travail à la sélection biologique et comportementale de la main d'œuvre par l'aptitude. .../...***
- ✓ ***Instituer la gestion des services médicaux du travail par une majorité de salariés, avec les représentants des victimes (mutualistes, FNATH, ANDEVA...) puisqu'il s'agit d'accompagnement médical individuel, au cœur du système de santé. .../... Si la médecine du travail ne sort pas rapidement de l'emprise patronale, il n'y aura plus bientôt de médecine du travail exercée dans l'intérêt des salariés. Cela entérinera l'actuel déploiement forcé « d'une médecine d'entreprise » conforme pour le patronat et ses chantres, à la subordination de la société toute entière à l'économie. Le projet de substitution de services de santé au travail en remplacement de services de médecine du travail ne répond à aucune de ces trois nécessités. De fait il est un nouveau cheval de Troie de la subordination de la santé au travail à l'économie, faute d'avoir le courage d'ouvrir un débat politique sur la démocratie sanitaire, sur la place de la santé au travail dans la santé publique, sur le traitement social et politique des questions d'ordre public social jusque dans le fonctionnement des entreprises. Il faut en urgence ouvrir un débat politique sur la santé au travail, l'ampleur de sa détérioration, définir les politiques, structures et professionnels nécessaires à une véritable politique de santé publique en santé au travail ».***

Ceci reste totalement d'actualité.

IV - Résister professionnellement

Le médecin du travail accompagne la construction de la santé de chacun au travail. Pour cela il doit pouvoir être veilleur, témoin, " passeur ", laisser des traces, alerter éventuellement. Son exercice contribue à permettre l'action pour la construction de la santé au travail. Il assure pour cela les diagnostics des atteintes à la santé du fait du travail, individuellement et collectivement. **Il peut attester médicalement du lien entre les pathologies et le travail.** La prévention exercée par le médecin du travail permet un suivi médical individuel de la santé au travail pour tous, différencié si besoin.

Il s'y adosse pour la prévention collective. Cette pratique permet au médecin du travail d'accompagner les collectifs de travail, d'ébaucher des pistes de compréhension sur les effets délétères d'organisations ou de relations du travail et ainsi de rendre compte des causes professionnelles des atteintes à la santé.

Le médecin du travail est alors un professionnel dans l'intérêt exclusif de la santé au travail. Il y est ainsi aussi citoyen.