

# PRATIQUES COOPERATIVES EN MEDECINE DU TRAVAIL

## PRECARITE ET SOUS-TRAITANCE

### LA PRECARISATION CONTRAINT ET ENTRAVE LES EXERCICES

C'est bien souvent dans un contexte de destruction des cadres juridiques «habituels» de l'organisation des entreprises que nous sommes amenés à travailler. Sous-traitance en cascade, contrats courts et intérim ont pour corollaire l'inefficacité, inadéquation de pans entiers du droit du travail, l'absence d'interlocuteurs réellement en mesure de décider face aux médecins du travail, la disparition de contre-pouvoirs syndicaux dans les entreprises et donc l'absence de citoyenneté et de dynamique sociale. Et c'est dans ce contexte qu'on demande aux médecins du travail de changer les conditions de travail !

Le repliement sur le cabinet médical, la rigidification de pratiques réglementaires comme la régularité métronomique de visites médicales alibis, le super-marché des visites médicales, l'oubli de la nécessité de toute approche collective, la non prise en compte de l'organisation réelle du travail et l'absence de tout rendu à son sujet ont quelques explications objectives ... ! L'abîme est tellement important entre les finalités de la Médecine du Travail et les possibilités d'exercice que le repliement sur le cabinet peut être lu comme une procédure défensive collective. Le problème est que lorsqu'elle se renforce par un sentiment de dévalorisation et de dénigrement personnel, les perspectives de dépasser la situation paraissent minces; d'autant qu'elles sont parfois renforcées par la bascule dans la paranoïa professionnelle de quelques Confrères qui, à pratiquer l'activisme professionnel et porter l'étendard du droit, ont perdu la capacité de définition des finalités et stratégies. Mais quelle préparation offre à tout cela une formation privilégiant l'humanisme individualiste, la prise en compte principale sinon exclusive des seuls déterminants internes aux individus, la négation du social et le mépris souverain pour tout travail de groupe. La nécessité de construire un point de vue sur la santé d'un collectif de travail n'est pas spontanée et est bien souvent étrangère à l'histoire médicale.

Passer de l'approche curative à une approche préventive a été une révolution dans la naissance de la Médecine du Travail. Le passage de la prévention tertiaire (les maladies professionnelles) à la prévention secondaire (les dépistages précoces) et parfois, à la prévention primaire, en est une autre. Le problème est qu'on ne peut aborder la prévention primaire sans sortir du cabinet. Cela a été la «révolution du tiers temps». Mais la prévention primaire implique le respect de la règle «un médecin pour un effectif déterminé et précisément défini», la possibilité de repérer des interlocuteurs dans les entreprises, la possibilité de rendre compte dans un souci de favoriser une dynamique de prévention dans l'entreprise, si c'est possible (mais malheureusement dans le contexte de la précarisation du travail, cela est de moins en moins possible), et dans un souci de santé publique de toute façon, puisqu'il y a nécessité d'informer, d'interroger la société sur la réalité des rapports santé-travail d'aujourd'hui.

### ORGANISER LA COOPERATION DANS LE SUIVI LONGITUDINAL INDIVIDUEL

Dans ce contexte, les médecins du travail, plus encore qu'antérieurement où ils pouvaient seuls suivre et cerner des collectifs de travail bien individualisés, se doivent de coopérer professionnellement. Encore faut-il pour cela, pour définir des projets communs, définir un minimum de règles éthiques et de finalités communes ?

24

Une première série de questions concerne le suivi individuel dans le temps. Face à la mobilité des travailleurs, particulièrement des précaires le problème de la transmission de médecin du travail à médecin du travail d'éléments de suivi médical paraissent cruciaux. Mais de quelle transmission parlons-nous ? extrait administratif du dossier médical, résultats d'examens de surveillance spéciale, fiches de conditions de travail définies réglementairement pour certains risques, photocopie du dossier intégral donc ce qu'on peut considérer comme des notes cliniques personnelles non mises en forme. Cette nécessité de transmission d'informations doit concilier le souci éthique de ne pas

nuire aux travailleurs lors de visites d'embauche, trop de médecins confondant encore absence de contre-indication majeure et sélection médicale pour ne pas avoir de problèmes.

Ce qui est certain c'est que résident, dans l'accumulation des dossiers médicaux reconstituant une «histoire médicale individuelle», des **gisement d'informations inexploitées** ... Mais encore faut-il avoir toutes les données pour exploiter un gisement !

Si on retient l'idée qu'une approche santé publique de la relation travail/santé est indispensable en Médecine du Travail, d'autant plus en matière de précarisation qu'il n'y a pas d'interlocuteurs en position de transformer les situations de travail dans l'entreprise, celle-ci ne pourra se construire sans coopération des médecins du travail. Notons que plus la précarisation augmente, plus le nombre de médecins se succédant dans le temps pour le suivi d'une même personne augmentera, ce qui accroît encore les difficultés.

Reste que coopérer prend du temps et ne peut s'envisager tant que la pratique clinique ne laisse quasiment aucune place au tiers temps. Coopérer nécessite aussi le respect de l'autonomie professionnelle des médecins en matière de définition de plans d'activités.

## **L'INTERET DE LA REDACTION DE MONOGRAPHIES EN MEDECINE DU TRAVAIL.**

Les outils scientifiques à notre disposition (épidémiologie, toxicologie, ergonomie ...) ont pour objet de produire des démonstrations scientifiques exemplarisées. Par rapport aux problèmes que nous rencontrons, nous avons à notre disposition le corps des connaissances scientifiques produites jusque là. Par contre, on ne dispose souvent pas de données concernant les spécificités des contraintes de travail de tel ou tel secteur d'activité dont la simple (mais pas si simple ...) mise à plat est un descripteur essentiel pour envisager les problèmes de santé à venir à la lumière justement des connaissances scientifiques déjà produites.

Construire la visibilité sociale de la réalité multiple des conditions et d'organisation du travail est une nécessité d'autant qu'aujourd'hui les problèmes de contraintes organisationnelles sont des déterminants de santé essentiels.

L'accumulation à plusieurs médecins à partir de regards plus ou moins différents, pierre par pierre de descripteurs des contraintes et du vécu en matière de santé au travail est donc essentiel.

Ces données ainsi compilées devraient d'autant plus être rendues visibles à l'extérieur des entreprises, auprès par exemple de l'Inspection médicale du Travail, des commissions régionales de Médecine du Travail, des CRAM, des syndicats professionnels de branche et fédérations syndicales de salariés, que leur prise en charge dans l'entreprise est impossible.

## **RENDRE COMPTE DE L'ECOUTE CLINIQUE DE LA SOUFFRANCE**

Si on retient le rôle bien souvent pathogène d'organisation du travail laissant peu de marge de manoeuvre, la prise en compte et l'analyse de la «souffrance pathogène» sont essentielles.

Cela implique pour le médecin de dépasser une attitude d'écoute seulement compréhensive sans autre projet que de porter/supporter la plainte de tel ou tel salarié. Avoir le projet d'en faire une lecture transverse à travers tel collectif de travail, accumuler les notes permet à un moment donné à travers un **travail intersubjectif, d'objectiver para-doxalement** des problèmes de santé psychiques majeures dont les médecins du travail sont bien souvent les seuls à pouvoir percevoir le lien avec l'organisation du travail.

## **TRAVAILLER A PLUSIEURS IMPOSE DE PROTOCOLER LES ACTIONS ET LES ETUDES**

Une des caractéristique de notre activité professionnelle est que les pressions sociales sont d'autant plus fortes que se clarifie la mise en relation des données de santé avec les conditions et l'organisation du travail. Face à cela et aux bien compréhensibles stratégies individuelles différentes des médecins du travail devant les obstacles, il est essentiel de bien définir à l'avance les objectifs, la méthodologie mise en oeuvre, les responsabilités précises de chacun, les modalités de rendu de résultats aux différents partenaires sociaux, l'organisation du suivi sur le terrain de l'action ou de l'étude et la diffusion plus large des résultats hors l'entreprise ...

On ne saurait donc faire l'économie d'une analyse fine de la demande et de la mise en place d'une stratégie adaptée aux finalités, ce qui suppose d'arriver à anticiper les principaux obstacles. Une stratégie de prévention se construit...!

## **DES PISTES DE REFLEXION**

Coopérer, c'est tisser des liens, constituer un réseau à partir de préoccupations communes sur un thème, un terrain donné. On peut imaginer des systèmes d'appel à coopération au niveau régional ; on doit construire l'accessibilité simple aux actions et études thématiques réalisées par tel ou tel. Il s'agit là non pas de comptes-rendus d'études scientifiques lourdes mais de visibilité de préoccupations à partager, de premières mises à plat de problèmes en devenir.

Il appartient aussi aux responsabilités des médecins du travail de faire des propositions pour interroger l'efficacité d'une réglementation, pour confronter la cohérence d'un suivi médical avec l'organisation réelle du travail.

On peut imaginer des pratiques d'entraide entre médecins pour déléguer tel ou tel aspect d'une surveillance spéciale, mais il importera toujours de connaître quel est le médecin du travail «responsable d'un effectif», et de définir des règles de coopération quant au suivi individuel claires notamment quant à l'obligation d'information et aux responsabilités du médecin du travail principal, un éventuel médecin, prestataire de service pour surveillance spéciale, intervenant avec un statut de consultant.

Les médecins de sites industriels confrontés à la présence permanente ou ponctuelle de salariés d'entreprises sous-traitantes ont des responsabilités particulières en matière de visibilité d'ensemble des problèmes santé-travail pour ces salariés sur leur site d'exercice. Leur responsabilité par rapport aux personnes dont ils ne sont pas les médecins du travail sont d'ordre de santé publique. Dans les rapports avec les médecins du travail de ces salariés, ils ont des devoirs d'information, d'alerte, d'animation d'actions et d'études communes.

## **LA PRECARITE APPELLE A LA COOPERATION ET A LA DEFINITION DE PRIORITES D'EXERCICE**

Si on refuse les pratiques médicales alibis, les applications réglementaires «bonne conscience», il importe

- de laisser des traces,
- de rendre visible socialement,
- pour impulser une dynamique de prévention au-delà des structures juridiques immédiates des nébuleuses irresponsables du travail précaire.

Qu'on le veuille ou non, la précarité est un révélateur de la place spécifique de la Médecine du Travail à l'interface santé/société, (sa «mauvaise conscience») au moins veilleur et témoin.

Il n'est pas certain qu'au regard de l'organisation de l'emploi existant à l'époque de la création de la Médecine du Travail, en 1946, la Médecine du Travail avait des préoccupations de santé publique. A l'emploi stable et au collectif de travail durable, répondait une organisation de la Médecine du Travail assise quasi exclusivement sur une entreprise. La précarité, la sous-traitance, l'éclatement ou l'inefficacité des dispositifs réglementaires impose de réinventer des pratiques dépassant le cadre de l'entreprise. Le problème est que les rapports de force interne aux entreprises déterminaient les marges de manoeuvre des professionnels. Comment des rapports de force sociaux pourront se construire hors l'entreprise ? Pratiques interprofessionnelles ? Poids de l'environnement ?

Certains aspects de la réglementation peuvent paraître inadaptés par rapport aux transformations de l'organisation du travail. Pourtant les possibilités qu'elle ouvre sont aussi loin d'être appliquées et exploitées. L'application concrète de la réglementation changera quand les pratiques professionnelles des médecins du travail changeront.

Mais les pratiques professionnelles ont aussi leur limite quand la destruction des rapports sociaux efface les acquis de cent ans de construction du droit du travail.