

PRESSIION TEMPORELLE ET MEDECINE DU TRAVAIL

L'intensification générale du travail entraîne pour les salariés une pression temporelle accrue destinée à assurer une productivité maximale et une diminution des coûts. Elle constitue aussi en synergie avec la précarité institutionnalisée, un moyen de contrôle social. La médecine du travail souffre depuis sa création d'un déficit de temps, devenu traditionnel, qui rend difficile au médecin du travail l'accomplissement de toutes ses missions. Notre hypothèse est que la pression temporelle en nette augmentation est, comme pour les autres salariés, destinée à peser sur l'exercice des médecins, et par ce biais à contrôler l'institution, en compromettant leur indépendance. Le but de cette analyse est de valider cette hypothèse, en explorant les raisons traditionnelles et récentes de la surcharge et en montrant comment celle-ci a été artificiellement entretenue.

Peut être conviendrait-il, en préambule, de rappeler les principes de l'exercice en médecine du travail, l'importance également de l'articulation de l'individuel et du collectif et dans ce cadre l'apport irremplaçable de la visite annuelle. Ces aspects, ainsi que les principes fondateurs de la déontologie médicale, de l'indépendance du médecin, et du contrôle social, ont fait l'objet d'autres articles auxquels nous renvoyons le lecteur profane. Pratiquement, pour les médecins, la pression temporelle débute par la détermination de la durée de son activité. Dans ce cadre, la notion de surveillance médicale particulière (SMP) revêt une particulière importance. Le choix entre activité clinique et activité en milieu de travail constitue le moment d'élection où s'applique cette pression. Elle est encore

aggravée par des tâches annexes imposées au médecin. Le code du travail (article R 241-32) définit un temps minimal d'exercice, inchangé depuis 1979, afin de permettre à la fois l'activité clinique et en milieu de travail, ce temps minimal, inadapté aux nouvelles réalités du monde du travail, est considéré comme étant la norme, et parfois même intégré comme telle par les médecins. Ceci constitue le premier mécanisme de la pression temporelle sur le médecin. Le calcul de l'activité est rendu encore plus déficitaire du fait de la minoration habituelle du nombre des surveillances médicales spéciales (SMS) qui constituent une part importante des SMP.

Comme en témoignent la circulaire DRT N° 10 du 29 avril 1980 du ministère du travail relative à l'application de l'arrêté du 11 juillet 1977, c'est au médecin de préciser individuellement, ce qui est habituel et peut conduire à la SMS, du fait de sa connaissance du milieu de travail et de la santé de chaque salarié. La détermination unilatérale fréquente par les employeurs du nombre de SMS constitue le deuxième mécanisme constitutif de la pression temporelle.

En 1993, en Ile de France, alors qu'il est de notoriété publique que les conditions de travail revêtent un caractère plus délicat dans les entreprises de petite taille qui sont plus spécifiquement surveillées par les services médicaux interentreprises, ces derniers déclarent surveiller 14 % de salariés à SMP, contre 39 % pour les services autonomes de médecine du travail. Il faut noter au passage l'importance que revêt le contrôle social en général mieux exercé dans les services autonomes qui

permet, par un calcul moins défavorable, d'alléger la pression temporelle. La disparité de la surveillance médicale devient criante : le nombre de salariés par médecin équivalent temps plein augmente dans les services interentreprises de médecine du travail (+ 2,15 % par rapport à 1992) et est supérieur de 58,5 % à celui du nombre de salariés par médecin équivalent temps plein dans les services autonomes qui diminue au contraire de 1,4 % par rapport à 1992.

Un médecin du travail se doit de consacrer 1/3 de son temps à ses missions en milieu de travail (article R 241-47 du code du travail). Ecrasé par un calcul d'activité défavorable, le médecin investit rarement le 1/3 de son temps dans ses missions en milieu de travail. Choisir entre l'obligation d'effectuer les visites annuelles et l'obligation du 1/3 temps est impossible et coince le médecin dans un système d'injonction paradoxale. Cela déclenche, quelque soit le choix, une culpabilité déstabilisante qui intériorise la pression temporelle. Le contenu du 1/3 temps lui-même n'échappe pas à la pression. Il est conditionné par la multiplication des tâches supplémentaires obligatoires dont l'institution réglementaire progressive n'a donné lieu à aucune compensation en temps (augmentation des réunions de CHSCT et des visites qui y sont liées, documents réglementaires : fiche d'entreprise, plan d'activité, implication dans la prévention des risques liés à l'interférence entre salariés des entreprises utilisatrices et extérieures). Le contenu du 1/3 temps est aussi parfois obéré par des tâches de prévention de risques généraux sans lien direct avec le travail. Ayant bénéficié

d'incitations officielles (Congrès de santé au travail de Nice) la "Santé publique" (Sida, tabac, toxicomanies, maladies cardiovasculaires...) coupée du travail tend à envahir le champ de la prévention de la santé au travail, au détriment des véritables missions.

Dans la contradiction entre visite et 1/3 temps, le médecin peut toutefois utiliser certaines dispositions du code du travail pour placer les employeurs en situation délicate. En effet, la déontologie fait obligation au médecin de disposer des moyens propres à assurer un exercice normal. Or ces moyens sont attribués, sous contrôle du comité d'entreprise, au médecin du travail, par l'employeur. L'obligation du médecin consiste donc ici à demander les moyens nécessaires, leur fourniture incombant à l'employeur. En ne fournissant pas au médecin les moyens de son exercice, l'employeur est responsable de leur carence. Ainsi, la responsabilité de la visite incombe à l'employeur (article R 241-48 du code du travail) mais l'article R 241-47 lui impose aussi, nommément, de prendre toutes mesures pour que le médecin consacre à sa mission en milieu de travail le 1/3 de son temps. Le législateur a bien confié aux employeurs la responsabilité de l'une et de l'autre de ces deux obligations. Ceci n'est bien sûr valable que si le médecin a fait prendre acte de ces difficultés dans le cadre réglementaire soit auprès de comité d'entreprise soit auprès de l'inspection du travail. D'où l'intérêt d'évoquer ces difficultés lors du rapport annuel, et de préciser ses désirs en matière d'action en milieu de travail, dans le plan d'activité.

A l'ensemble de ces difficultés il faut également ajouter un autre phénomène qui vient majorer la pression du temps sur l'activité. Le temps consacré à chaque visite individuelle est parfois augmenté du fait de la nature psy-

chique de la pathologie induite par l'organisation du travail. Celle-ci impose, plus encore, un temps d'écoute majoré. Elle rend également plus complexe la prise de décision en matière d'aptitude du fait de la situation sociale à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise. Imposée au médecin par un calcul minoré du temps d'activité nécessaire, et par l'intermédiaire de la double injonction de l'activité clinique et du 1/3 temps, la pression temporelle rend l'exercice du métier de médecin du travail de plus en plus difficile.

Le temps qui lui est alloué est constitutif des moyens de l'exercice, l'objectif est d'assurer à la fois les visites et le 1/3 temps. La pression temporelle exercée sur les médecins du travail constitue donc une forme clinique de "l'autonomie contrôlée"¹ que le système managérial impose actuellement aux salariés au péril de leur santé. Il s'agit en effet d'un mode tacite de contrat léonin "moyens-objectifs" sans négociation explicite et équitable, où, comme d'habitude, les moyens sont insuffisants pour permettre d'atteindre les objectifs.

Le garrot temporel ne pourra être desserré si, d'une façon ou d'une autre, on n'augmente pas le temps d'activité des médecins. Le coût supposé de telles mesures est très souvent mis en avant pour opposer un refus à toute amélioration. L'objet de cet article n'est pas d'engager une discussion sur ce sujet qui mériterait sans doute mieux que les habituelles polémiques qu'il déclenche habituellement. Qui en effet fixe le prix de la santé et de la vie dans une véritable démocratie sinon le débat entre les citoyens? Pour rester dans notre sujet, si l'on se réfère au simple domaine des maladies professionnelles indemnifiables, on peut considérer que

¹ Voir article "subordination et santé".

le poids du coût des atteintes à la santé dues au travail est scandaleusement sous-évalué dans le coût global de la santé publique. C'est trop souvent la communauté, à travers l'assurance maladie, qui prend en charge les atteintes à la santé dues au travail pour le plus grand bénéficiaire (au sens propre) des véritables responsables. Il est maintenant admis que les pollueurs doivent être les payeurs, n'y aurait-il pas lieu de transposer cet aphorisme du domaine des ressources naturelles à celui des ressources humaines ?

L'augmentation du temps d'activité des médecins implique l'augmentation du nombre des médecins du travail. Or une pénurie est savamment entretenue, sous des prétextes fallacieux de qualité, par la formation d'un nombre insuffisant de médecins du travail. Cela permet aux employeurs de proposer des solutions qui vont à l'encontre du principe même de la médecine du travail et de ses fondements déontologiques et réglementaires. La solution ne réside ni dans l'espacement de l'intervalle des visites ni dans la diminution du 1/3 temps. Il est possible de trancher ce nœud gordien soit par une refonte complète des filières de formation afin d'augmenter leur capacité numérique de formation, soit plus simplement, en ouvrant largement le "concours européen".² Cette dernière solution implique également d'assurer à ceux qui empruntent cette filière, des conditions de rémunération attractives pendant leur études. Cela permettrait plus facilement à

² Cet article a été rédigé avant que l'auteur n'apprenne la suppression du concours européen par l'arrêté du 1er février 1995 abrogeant le décret du 28 octobre 1991. Cette décision des pouvoirs publics confirme de façon tristement éclatante, la justesse de l'analyse de l'auteur. Ainsi il est maintenant évident qu'une volonté de nuire à la médecine du travail est en oeuvre.

des médecins pratiquant déjà d'autres spécialités de se réorienter, en conservant leur acquis financier, vers la médecine du travail. De telles mesures permettront à terme d'assurer un calcul d'activité moins défavorable. Cela rendra l'exercice de la médecine du travail plus attractif et permettra d'assurer une augmentation du nombre de candidats au concours.

La situation actuelle compromet aussi la mise en place de pratiques nouvelles adaptées à la situation de l'organisation du travail. Faute de solution, l'exercice du médecin du travail devenant de plus en plus problématique du fait de la pression temporelle, la qualité de la médecine du travail le deviendrait également;

l'institution serait mise en cause et sa survie compromise.

Il appartient donc aux médecins du travail d'interpeller la puissance publique dans l'espace social afin qu'elle mette fin à cet état de pénurie.

Alain CARRE