

# DES PROCÉDURES DÉFENSIVES AUX RÈGLES DE MÉTIER EN MÉDECINE DU TRAVAIL<sup>(1)</sup>

La décision de réserver le même espace de temps pour débattre à la fois des règles de métier et des stratégies défensives des médecins du travail, confrontés aux risques pour la santé de certains aspects de l'organisation du travail, est-elle sans signification du point de vue des défenses ?

L'impression ressentie par le rapporteur est que l'alouette des stratégies défensives s'est en partie dissimulée derrière le cheval des règles de métier. Il estime que, comme pour les pratiques référées au genre, sur lesquelles nous n'avons jamais vraiment abouti, il existe, chez nous tous, des obstacles qui nous retiennent d'aller jusqu'au bout de ces questions qui sont, sans nul doute, au cœur de nos pratiques.

Pourtant, tout avait bien commencé par l'exposition par Véronique Arnaudo de son très roboratif texte sur les stratégies défensives des médecins du travail. Dans ce texte elle repère :

- Les facteurs d'ordre socioculturel qui paraissent freiner l'approche des effets du travail sur la santé par les médecins eux-mêmes : la formation initiale, certains déterminants sociologiques, le principe de « neutralité » ou d'« impartialité ».
- L'injonction paradoxale contenue dans l'obligation de « dire », sans pouvoir agir sur les déterminants, dans des contextes éminemment conflictuels et délicats qui génèrent une foule de questions : que faire ? comment faire ? à quoi sert-on vraiment ?... Et *qui* sert-on, au fond ? quelle est notre légitimité ? qu'est-ce qui est éthique ?
- Que seule l'élaboration de défenses, individuelles ou collectives, permet de tenir face à la souffrance générée par le travail. Dans ce contexte de nombreux médecins du travail n'ont comme défense que la fuite: comment donc éviter de s'occuper du travail, comment éviter de faire des constats d'atteinte à la santé ?
- D'où des pratiques chargées de répondre à ce dessein :
  - ☰ dans l'activité clinique tout d'abord, lors des consultations :
    - ne pas interroger les salariés sur leur travail, ni sur les effets de ce travail sur leur santé ;
    - se convaincre qu'il n'est jamais bon d'interroger les salariés sur leur travail ;
    - ne pas sous-estimer les ressources du secret mé-

dical pour se protéger soi-même ;

- imputer à des relations interpersonnelles dégradées, ou à des personnalités perverses.
- ☰ lors des actions de terrain ensuite :
  - ne pas faire de tiers-temps, sinon faire du tourisme industriel ou faire exclusivement de la métrologie.
- ☰ dans l'espace public enfin :
  - rejeter clairement l'organisation du travail hors de son champ de compétence ;
  - rapatrier dans le champ individuel les problèmes de conditions de travail ;
  - travailler seul, en évitant de confronter ses pratiques à celle de ses pairs.

La réaction du rapporteur est qu'il s'agit là d'une description princeps et que les autres constats n'auront plus dorénavant que le statut de formes cliniques.

Ainsi a-t-il lui-même mis sur le papier quelques conduites repérées dans un service autonome : l'intérêt des gens malgré eux, la banalisation des situations, « l'euphémisation » des risques, la relativisation des souffrances, la promotion de l'idéologie d'entreprise, l'intégration des contraintes dans la normalité, l'adhésion aux stratégies défensives d'encadrement...

La présentation assez lapidaire de Véronique Arnaudo tourne autour de deux interrogations :

- Pourquoi, dans un contexte où les missions sont bien définies et où ce qui est prescrit est tout à fait clair observe-t-on de tels écarts aux règles dans les pratiques des médecins du travail ?
- Le système a-t-il été pensé pour empêcher les médecins de travailler ? Comment s'en débrouillent-ils (elles) ?

Malgré leur pertinence, elles demeureront sans véritable réponse.

Le rapporteur présente alors son propre texte comme issu d'une conduite défensive caractérisée par un esprit d'offensive (principe stratégique: la meilleure défense c'est l'atta-

●●●●●●●●●●

1- Compte rendu des débats de l'après-midi de la Journée de Printemps

que, ou politique de Gribouille, se jeter à l'eau pour éviter de se faire mouiller ?). Pour lui, le risque pour un médecin du travail n'est plus tant de déplaire à l'employeur que de ne pas répondre à ses obligations réglementaires dans un contexte où la responsabilité du médecin serait immanquablement engagée en cas de conséquence grave pour la santé. Ne pas dire devient plus dangereux que de dire. Mais comment « dire » les effets sur la santé de l'organisation du travail (OT) ?

Ce n'est pas une raison pour manquer de rigueur et les règles de métier proposées pour aborder les effets de l'OT recourent étroitement les trois temps de l'action du médecin du travail :

- Identifier *a priori* les facteurs de risque pour la santé du point de vue de la santé (prévention primaire).
- Mettre en place une veille sanitaire (prévention secondaire).
- Rendre compte des constats à la communauté de travail pour lui donner des éléments de débat (action spécifique de prévention).

Pour l'organisation du travail cela se décline en :

- Repérer ce qui dans l'OT est susceptible *a priori* d'engendrer des conséquences pour la santé des salariés.
- Recueillir les effets sur la santé de l'OT en identifiant les facteurs pathogènes qui les déclenchent et en acter officiellement (AT, MP).
- Formaliser des alertes médicales de risque psychosocial dans l'espace public interne après les avoir instruites en colligeant les divers constats.

La discussion qui s'ouvre sur la question des défenses est paradoxalement (?) assez peu fournie. Le consensus se fait autour de la nécessité de parler du travail en premier lieu lors des consultations.

Même si les interventions sont difficiles il faut s'autoriser à...

La réflexion diverge alors vers les difficultés respectives des médecins du travail en service autonome et en service inter. En service autonome la pression serait plus forte du fait de la prépondérance de l'employeur d'où la tentation « d'euphémiser » et d'utiliser des manœuvres d'évitement. La question du temps et des moyens insuffisants restent pour les services inter un tel frein qu'il génère en soi le processus défensif.

Certains estiment toutefois que le statut d'exercice du médecin ne peut expliquer l'existence et la constance des formes des stratégies défensives. Seul des corpus théoriques permettent des interventions rationnelles donnent les moyens d'éviter l'autocensure. Contre les attitudes défensives il faut développer les règles de métier.

La transition (ou l'échappement) des débats vers les règles de métier se produit sur une remarque d'actualité sur l'effet des délocalisations sur les salariés qui en sont victimes. L'annonce du « plan social » entraîne la stupeur et engendre la torpeur ce qui annihile la motivation (car comment la conserver ?). La défense des salariés contre la décompensation se structure autour de deux pôles :

- La lutte contre l'instrumentalisation du temps (intensification et accélération).
- La revendication salariale comme substitut à la reconnaissance.

Les débats se développent alors autour d'interventions des participants sur les traces disponibles pour repérer les éléments pathogènes de l'OT. Les moyens sont très dépendants de la pérennité du médecin et de la forme de l'entreprise selon que le médecin est connu et qu'il ait ou non accès aux documents managériaux. Les journaux d'entreprise, les chartes, les documents prescripteurs peuvent dans certains cas être confrontés à la réalité des observations sur le terrain et aux témoignages des salariés. Ces traces sont moins accessibles pour les médecins du travail en service interentreprise d'où la nécessité de mettre au point des stratégies d'autre nature.

La nécessité de définir consensuellement les indicateurs pertinents des manifestations sur la santé de l'OT paraît un préalable aux participants. À cette occasion est évoquée une proposition de loi générale de participation du corps des médecins du travail à leurs propres actions collectives : « seuls 25% des médecins du travail se sentiraient concernés et donc participeraient aux actions professionnelles collectives ». Le revers de la médaille est-il que près de trois quarts des médecins du travail s'abandonneraient à des stratégies défensives ?

La pratique de l'alerte suscite des témoignages. Ainsi en cas de harcèlement moral l'alerte n'est pas toujours facile le mot étant ressenti comme tabou par les employeurs (faut-il employer plutôt la notion de vécu de maltraitance que certains trouvent encore plus délicate). D'où la crainte pour le médecin d'être vulnérable si le signalement n'est pas bien documenté.

Beaucoup de témoignages décrivent des « alertes » survenant dans un contexte de cas unique dont le signalement déclenche une prise de conscience.

La question fondamentale « qu'est ce qu'une alerte » se pose à l'occasion d'un « joli conte » dans lequel suite à un harcèlement moral et après que le (la) médecin du travail ait convaincu le patron que : « *Non le harcelé n'est pas paranoïaque* », ce dernier reconnaît en Comité d'entreprise que : « *Cela en est (du harcèlement moral) et promet que cela ne se reproduira plus.* » Tout est bien qui finit bien !

Dans l'esprit du rapporteur la plupart des alertes rapportées sont plutôt des signalements de cas individuels, par ailleurs tout à fait légitimes et sans doute efficaces. Toutefois, l'esprit de ce type de démarche nouvelle est ici spécifiquement de pointer des éléments pathogènes de l'OT dans l'espoir que le débat social s'en empare.

Une alerte médicale de risque psychosocial est un acte qui a pour ambition d'agréger des éléments de divers ordres (statistiques, conditions de travail à l'origine de déclarations de MP, aménagements de poste, absentéisme, etc.) pour pointer un seul ou un petit nombre d'éléments précis de l'OT (facteur de risque psychosocial) à l'origine d'altérations de la santé. Il ne s'agit pas de régler des cas individuels mais de prévenir leur survenue en amont.

Dans le cours du débat, sont alors envisagées deux situations successives dans lesquelles, les médecins du travail concerné(e)s, témoignent de la façon dont la rédaction de certificat ou de courrier a été contestée par les employeurs. Ceux-ci ont excipé d'une violation du secret médical à l'occasion de l'utilisation par des salariés de certificat ou de courrier à un autre médecin. Dans le premier cas, la menace n'a pas été véritablement suivie d'effet. Elle s'est soldée, contre l'abandon à l'amiable par le salarié, par une abstention de poursuite.

Dans le second cas il y a eu mise en situation de témoin assisté avec passage chez un juge d'instruction sans autre conséquence.

Aussi courageuse et déterminée qu'ait été l'attitude des collègues concerné(e)s, l'évocation de leurs difficultés déclenche une grande émotion chez les participants. Les manifestations d'approbation et de sympathie s'accompagnent d'une anxiété perceptible devant les difficultés que cela représentent pour les médecins du travail.

La solution de rationalisation des certificats mise en place collectivement, dans le second cas, est vivement contestée par certains. Ayant eux-mêmes été confrontés dans leur exercice à des pressions, ils estiment que la solution n'est pas seulement à rechercher du côté de la prudence des pratiques. Craignant que cette prudence ne soit l'effet recherché, à plu-

sieurs reprises dans une même région, par les employeurs responsables de ces manœuvres, avec le relais de procureurs et de juges d'instruction dévoyés, ils préconisent plutôt la socialisation des pressions du patronat. Une dénonciation publique de ses manipulations pourrait être dissuasive. Ainsi faut-il l'envisager. Dont acte.

À l'issue de ces débats, plusieurs constats s'imposent :

- Les stratégies défensives ont été lors de cette réunion assez peu explorées.
- Les règles de métiers pour aborder les questions d'OT ne sont qu'ébauchées. Manquent en particulier celles qui seraient aptes à repérer dans les atteintes physiques ce qui relève d'une somatisation (ou incorporation du latin *in corpore*) d'atteintes psychiques par l'OT.

Il paraît donc indispensable de remettre sur le « métier » ces questions lors du Congrès de décembre (Congrès ASMT : FIAP à Paris, 6-7 décembre 2003) dont les thèmes seront :

- Des règles pour dévoiler l'organisation du travail.
- L'incorporation de la souffrance au travail. En travailler le sens avec le sujet.
- Pluridisciplinarité et pratique exclusive en santé au travail.

*Alain Carré, rapporteur*

Chère lectrice, cher lecteur,



L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel — 5 000 euros (impression et routage) pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.



Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 79).



En vous remerciant à l'avance.

*Le bureau de l'ass. SMT*