

# **PRATIQUES MÉDICALES DANS LE NOUVEAU CADRE DÉFINI PAR LA RÉFORME DE JUILLET 2004**

## **SYNTHÈSE DES DÉBATS**

*Les débats sur le réseau SMT ont été riches, pendant ces deux années consécutives à la mise en place de la réforme des Services de Santé au travail*

**L**a réforme introduit des modifications importantes d'organisation tant par la priorité donnée au tiers temps, que par la modification du rythme de certaines consultations pour les médecins du travail. S'y ajoute l'obligation de la rédaction d'une fiche d'entreprise pour toutes les entreprises à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

La réforme modifie de manière plus significative les missions des directions de service, introduit de nouveaux partenaires ; les IPRP, qui peuvent être internes aux services ou consultants externes ; crée une nouvelle instance de discussion sur l'organisation du travail dans le service, la commission médico-technique ; précise le rôle des MIRTMO, des DRTEFP et les modalités de contrôle de fonctionnement des services.

Enfin, pour la première fois, un Plan Santé Travail Environnement voit le jour, avec des priorités, des échéances, bref une politique de santé publique prenant enfin en compte la question des effets du travail et des conditions de travail sur la santé.

Changement d'organisation radical qui ne va pas sans manquer de créer des tensions entre les différents métiers concernés, tensions variables selon le fonctionnement antérieur des services, le degré d'appropriation de la réforme par les directions pour mieux contrôler l'activité des médecins du travail ; certaines prétendant planifier et centraliser l'activité de tiers temps comme elles planifiaient et centralisaient l'activité dans le cabinet médical au prétexte d'avoir à rendre des comptes à la DRTEFP, sur l'activité du service. Comme s'il n'y avait pas de lien entre l'activité dans le cabinet médical et l'activité tiers temps et comme si une comptabilité scrupuleuse des fiches d'entreprise établies suffisait à rendre compte de l'activité du médecin du travail

À noter, en parallèle, en principe sans lien (encore qu'un lien idéologique soit indiscutable) mais pas sans conséquence sur nos pratiques, la réforme de l'assurance maladie et l'introduction du dispositif « médecin traitant », qui va modifier sensiblement les pratiques des médecins généralistes tant sont pointées du doigt les prescriptions d'arrêts de travail, considérées, message subliminal des médias, comme des prescriptions abusives de jours de vacances supplémentaires, au frais de la société.

Toujours sans rapport direct mais pas sans effet direct sur nos pratiques, car une part importante de l'activité des médecins du travail est déjà consacrée au maintien et au reclassement des travailleurs, la nouvelle loi sur le handicap avec la disparition des COTOREP et le transfert de leur compétence vers les conseils généraux, *via* les maisons du handicap, avec de nouveaux réseaux fonctionnels à construire, des délais supplémentaires à anticiper.

Inévitable, dans beaucoup de services, c'est la tentative par les directions de mettre en place « la démarche de progrès » élaborée par le CISME, qui propose un cadre et une organisation. Rien de bien surprenant à ce que des directions, qui jusque là n'avaient pas de mission bien précise, si ce n'est d'équilibrer un budget fonctionnant sur la facturation d'actes médicaux aboutissant à la production de fiches d'aptitude, et de limiter autant que faire se peut les temps médicaux considérés comme improductifs (c'est-à-dire ne donnant pas lieu à facturation) : restriction du tiers temps, centralisation de la planification de visites annuelles ne permettant pas la souplesse nécessaire pour répondre aux visites urgentes et aux visites spontanées grandes consommatrices de temps, organisation dans certains départements de l'invisibilisation de la précarité en ne traitant pas les déclarations uniques d'embauche, etc.

Du jour au lendemain, il faut rendre des comptes financiers au Conseil d'administration mais il faut aussi rendre des comptes sur l'activité du service aux DRT. Et c'est donc une nouvelle comptabilité qu'il faut mettre en place : comptabiliser les demi-journées de tiers temps, comptabiliser les fiches d'entreprise rédigées et remises aux entreprises. (Pour certaines directions, la fiche d'entreprise d'une boulangerie artisanale par exemple, pourrait être rédigée rapidement sur le comptoir dès que les locaux ont été visités ; les médecins du travail ne « visitent » plus les individus mais les « locaux »).

Ajoutons à cela les relations avec les entreprises à qui on a « vendu » pendant cinquante ans une prestation « visite médicale/fiche d'aptitude » et à qui du jour au lendemain, il faut vendre une prestation « visite d'entreprise/fiche d'entreprise », sauf qu'il faut percevoir une cotisation sans pouvoir garantir la date de la prestation. Donc une vraie difficulté

commerciale, d'autant que les entreprises ne sont guère demandeuses de conseils.

« La démarche de progrès » qui fait également référence à l'élaboration de référentiels à faire valider par la HAS, (avec sous-jacent la tentative d'introduire, chez les médecins du travail, de la confusion dans la notion d'Evaluation des Pratiques Professionnelles) offre donc une formule polyvalente, certes onéreuse, mais « clefs en mains », et « prêt à penser », pour le pilotage des services de santé au travail, bien rassurante pour des directions de service.

Concernant ces nouveaux partenaires que sont les IPRP ; il faut bien sûr rappeler que rien n'est dit dans le décret sur la question de leur indépendance et ceci constitue déjà une limitation à un véritable travail coopératif avec les médecins du travail. Par ailleurs, il n'y a guère de demande en entreprise et ils sont souvent proposés, quand ils sont internes au SST pour une prestation aide à la rédaction du document unique d'évaluation des risques par les IPRP. Il semble bien qu'à ce jour l'activité des IPRP soit donc essentiellement orientée vers la gestion des risques. Il n'y a guère de demande portée par les CHSCT, pas de convention signée, pas de cadre. Dans les TPE et PME, le législateur avait sans doute oublié que la construction d'une demande d'intervention, fusse celle d'un IPRP, nécessite un travail préalable du médecin du travail. Il convient sans doute de laisser à ce nouveau métier le temps de se construire, dans un contexte très évolutif.

Nous nous sommes réjouis de la mise en place d'un Plan Santé Travail Environnement, mais il convient de rester vigilant afin que la santé au travail qui impacte si fortement la santé publique n'y soit pas totalement désintégrée.

La mise en place d'enquêtes épidémiologiques sollicite les médecins du travail et si participer à de telles enquêtes fait partie de nos missions, nous devons prendre garde à ne pas y perdre notre métier. Une enquête épidémiologique renseigne sur la santé des populations ; elle permet très rarement d'en tirer des données immédiatement utilisables à la mise en place d'une prévention primaire, secondaire ou tertiaire auprès des collectifs et des individus dont le médecin du travail à la charge. L'objectif du département Santé Travail de l'Institut National de Veille Sanitaire est parfaitement clair : « La production régulière d'indicateurs nationaux de santé au travail » (BEH du 21 novembre 2006). Donc, aucune mission de prévention n'est assignée à ces organismes de recherche (INVS, AFSSET).

Au médecin du travail d'utiliser, s'il le peut, ces grandes enquêtes, plus particulièrement SUMER, en point d'appui pour des interventions en CHSCT par exemple, dans sa mission de prévention.

La veille exercée par le médecin du travail, à partir des entretiens cliniques ne doit donc pas être confondue avec le recueil de données, recueil pourtant nécessaire à la construction de connaissances. Remplir un questionnaire, quelque soit sa qualité, ne constitue pas une pratique clinique. Un questionnaire peut parfaitement être rempli par un non médecin (il y a quelques années, le CISME avait même envi-

sagé l'installation de bornes à écran tactile par l'intermédiaire desquelles des questionnaires auraient été administrés aux salariés dans les salles d'attente).

La veille et l'accompagnement clinique ont une finalité immédiate, pour le salarié concerné, dans son entreprise et engagent la responsabilité immédiate du médecin du travail. L'accompagnement clinique, ce n'est pas seulement la détection et la quantification des expositions, c'est aussi, le récit qui permet de repérer les enjeux vitaux pour le sujet, l'activité rêvée autant que l'activité empêchée (Yves CLOT) et les pistes de transformation.

L'accompagnement clinique ordinaire nous permet bien souvent d'anticiper les difficultés des salariés et de construire avec eux la trajectoire de maintien dans l'emploi ou de reclassement : curieusement, ce qui apparaît, (rapport GOSSELIN) c'est le nombre d'inaptitude considéré comme trop élevé. Effectivement, le travail (de maintien ou de reclassement) fait ne se voit pas ; seuls les échecs du travail (le nombre d'inaptitude) sont visibles.

Nous avons encore beaucoup à faire pour élaborer des indicateurs simples de veille, en rhumatologie, en pathologie cardiovasculaire, en santé mentale, indicateurs qui nous permettraient, peut-être un retour immédiat sur le terrain, en terme de prévention. Nous devons inventer des pratiques, par exemple, face à ces HTA que nous voyons s'installer, sans raison autre que la situation de travail. Pourquoi ne pas quantifier les HTA comme nous quantifions les TMS ou les lombalgies. Faire une déclaration de MCP est nécessaire mais insuffisant, nous sommes toujours dans la réparation.

Nous sommes aussi en difficulté pour intervenir, en sauvegarde, sur certains risques organisationnels, comme l'explique dans son ouvrage, notre collègue Dorothee RAMAUD. Nous devons alerter, mais c'est ensuite aux partenaires sociaux, salariés, cadres, employeurs, de se saisir des éléments apportés par le médecin du travail. Certaines situations sont très compliquées ; c'est le cas en particulier des petites entreprises familiales.

L'activité valorisée par le législateur est le tiers temps et la rédaction de fiches d'entreprise.

La clinique médicale a toute sa place dans les fiches d'entreprise : c'est au médecin du travail de l'y faire entrer. S'il n'y a pas de clinique médicale dans les fiches d'entreprise, et s'il ne s'agit que d'une énumération des risques, il n'est nul besoin de médecin pour les rédiger. Beaucoup de risques environnementaux sont liés à l'organisation du travail : horaire de travail et risque routier, horaire de travail et risque d'erreur, etc.

Le médecin peut aussi mentionner les risques sur la fiche d'aptitude et l'expérience menée par plusieurs d'entre nous a bien montré que mentionner les risques sur la fiche d'aptitude change considérablement le sens et la conclusion d'un examen médical.

À nous de subvertir les outils imposés par le cadre réglementaire, pour les transformer en outils de prévention efficace.

*Annie DEVEAUX*