

# COMPTE RENDU DU CONGRÈS DE L'ASS. SMT – 13 ET 14 DÉCEMBRE 2009 –

*Jocelyne MACHEFER, médecin du travail*

*Malgré des conditions de travail de plus en plus rocambolesques, en grande partie liées à la lenteur d'élaboration du nouveau décret sur les services de santé au travail, en l'absence d'accord entre les partenaires sociaux, les médecins du travail présents regardent défiler les ministres en tentant de garder le cap.*

## **DU CÔTÉ DE LA JUSTICE : QUELQUES JUGEMENTS RÉCENTS POSITIFS**

**L**a justice rappelle quelques employeurs à la réalité, avec des jugements assez innovants :

- **MOTOROLA** : l'employeur avait mis en place l'évaluation individualisée contre l'avis d'un membre du CHSCT. L'évaluation individualisée ne peut être mise en place, pour des raisons d'obligation de sécurité et de résultats de l'employeur, si un membre du CHSCT donne un avis défavorable en séance en évoquant un risque pour la santé des salariés. L'employeur doit donc prendre note et tenir compte de l'avis émis par le CHSCT sur l'organisation du travail. Ce qui contraint la liberté d'entreprendre du dirigeant.
- **Amiante et faute inexcusable de l'employeur** : dans une entreprise, des pathologies professionnelles apparaissent, en lien avec une exposition antérieure à l'amiante ; la faute inexcusable de l'employeur est réfutée par la Cour d'appel. La Chambre sociale de la Cour de cassation reconnaîtra pourtant la faute inexcusable et l'employeur car lors de l'exposition des salariés aujourd'hui atteints, le danger était connu, de même que les moyens techniques pour y remédier. L'obligation de sécurité de résultats intervient dans ce jugement *a posteriori*.
- **SNECMA** : l'obligation de sécurité et de résultats s'impose à l'employeur qui décide de réorganiser son

entreprise. L'avis négatif du CHSCT et du CE, après qu'ils aient fait appel à expert, n'avait pas freiné la décision et le choix de réorganisation de l'employeur. Le tribunal d'instance, constatant que le projet n'était pas conforme au code du travail, avait ordonné la suspension de la réorganisation et prôné le dialogue social. La cour d'appel a confirmé le jugement du tribunal d'instance et ordonné l'annulation et suspension de la réorganisation. L'employeur s'est pourvu en cassation, pour atteinte à la liberté d'entreprendre. Non seulement l'atteinte au pouvoir d'entreprendre n'a pas été retenue mais la Cour de cassation a appliqué l'article L.230-2 du Code du travail à la gestion collective d'entreprise et a ainsi fait passer l'obligation de sécurité de résultats de l'individuel au collectif !

## **LA COMMISSION EUROPÉENNE : UN RAPPORT DÉFAVORABLE À LA PRÉVENTION**

**U**n rapport tente de diminuer les charges administratives des entreprises :

- Après étude des directives européennes sur l'évaluation des risques, il propose de supprimer l'évaluation écrite des risques professionnels dans les petites entreprises.
- L'inspection du travail voit diminuer ses effectifs quand le pouvoir d'intervention des inspecteurs est remis

en cause avec le projet de les réduire au rôle de simples conseillers des entreprises.

- La formation et l'information devraient être restreintes car trop coûteuses aux entreprises.

## LA RÉVISION GÉNÉRALE DES POLITIQUES PUBLIQUES (RGPP)

Elle démantèle les structures de l'état, avec des financements non plus aux missions mais aux objectifs. La logique d'organisation gestionnaire évacue le réel.

- L'exemple : la grippe H1N1. Malgré un dossier de prescriptions vaccinales finement ciselé, le réel a bel et bien résisté à l'organisation prescrite des vaccinations qui s'en est trouvée inadaptée.
- La restructuration de la direction régionale du travail noie le travail avec le commerce. L'inspection du travail passe par l'évaluation quantitative imposée, enlevant la cohérence de l'action sur la durée, par rapport aux entreprises.
- Les CRAM deviennent les COG : 46 objectifs prescrits doivent être atteints. « *On fait un bâton pour chacun des objectifs atteint mais on ne travaille plus. 36 comités de pilotage, 36 conventions qui s'y rattachent, 36 SST concernés. Le contrôle social a disparu ainsi que le travail et les professionnels ne sont plus sollicités pour penser ce qui peut être fait.* »
- Les projets de services de santé au travail : certains évoquent le projet proposé par le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) succédant au conseil supérieur de prévention des risques professionnels (CSPRP). Ne présente-t-il pas la fâcheuse tendance aux faux concepts entraînant l'adhésion ?
- Au plan juridique, jusqu'à ce jour, on avait encore la notion de mission des médecins du travail auxquelles se raccrocher... cette notion de mission va-t-elle disparaître ou être attribuée aux services de santé au travail et leurs dirigeants et non plus aux médecins du travail ? L'impression est que l'État se décharge sur les experts. On arrive à un état subordonné aux experts. Dans ce contexte, les risques psychosociaux ouvrent la fenêtre, avec des avancées du droit, en ce qui concerne la gestion de la santé par les employeurs. Pour l'État, on a l'impression qu'il faut en finir avec le chômage, la maladie, les services de santé au travail, en siphonnant le système. Actuellement, qui définit les orientations de chaque service de santé au travail ? Les professionnels sont éjectés de toutes les instances, comme les médecins dans les hôpitaux, comme à la CRAM ou à l'inspection du travail. Dans les services de santé au travail, les IPRP, sans statut, se retrouvent parfois salariés des GIE, sans contrôle social. Les prestations des IPRP sont vendues dans certains services, sans discussion des stratégies, sans élaboration de la pensée, pas même avec les IPRP.
- Le projet ministériel évacue la CMT et fait gérer les contradictions par les professionnels l'instrumentalisation se fait du côté de la gestion des risques.

## LA NOTION D'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE

Elle reviendra souvent en débat au cours de ce Congrès tant elle apparaît fondamentale à l'exercice éthique et en responsabilité du métier de médecin du travail : un sous-chapitre n'apparaît pas dans ce compte rendu car développé par D. HUEZ dans cette même revue. Il s'agit de l'autopsie psychique.

### L'INDÉPENDANCE FACE AU MÉDECIN RÉFÉRENT

S'il exerce en tant que tel parce que ses compétences sont reconnues par l'entreprise ou le SST qui l'emploie, s'agit-il d'une mission de direction ? Et si tel est le cas, agit-il en tant que médecin du travail ou pas ? Il peut agir au nom du service de santé au travail, sans que sa parole n'engage la direction. Exemple : lors d'un suicide sur les lieux de travail d'un établissement, le médecin référent des risques psychosociaux doit intervenir à la demande de la direction de l'entreprise qui l'emploie. Va-t-il communiquer ou pas avec son collègue, médecin du travail de l'établissement concerné ?

Quelques points de repère :

- Ce médecin référent a-t-il un ou deux contrats ? S'il a deux contrats (de médecin du travail et de médecin référent) dans l'entreprise ou en SST, le médecin référent qui intervient n'est plus un pair. Il est alors intéressant de repérer les avantages financiers, la notion de chef de projet.
  - S'il n'a qu'un contrat de médecin du travail, on peut considérer que la lettre de mission de l'employeur au médecin référent ne peut faire abstraction des règles éthiques qui guident l'action de chacun des médecins de terrain exerçant sur place et personnellement leur métier.
  - S'il n'a qu'un contrat de médecin du travail, le débat est possible : le référent a-t-il du temps pour sa mission ? Quel est son statut ? L'approche collective et la mutualisation sont-elles possibles avec pour objectif la construction d'une action de prévention collective avec les médecins du travail locaux ?
  - La délégation peut venir d'une décision acceptée par les médecins du travail eux-mêmes. Elle est alors explicite. L'élection, suivie d'un mandat, fait agir le référent en responsabilité professionnelle respectant l'avis des collègues.
  - La démarche du référent ne doit pas être expertise. Faut-il alors parler de qualification ? Jusqu'où va l'indépendance technique du médecin du travail ? Même si l'on a besoin de temps pour partager entre pairs et besoin de coopérations, force est de constater l'absence de cadre juridique du médecin dit référent. Et le médecin du travail de terrain restera toujours responsable, y compris dans la coopération, sur sa zone de responsabilité professionnelle.
- Il s'agit d'une indépendance vivante : elle s'exerce notamment quand il faut répondre de ce que l'on a fait, ou pas fait, devant la justice. Et cela indépendamment des circonstances et des compétences ou non du référent. La sectorisation des compétences pose problème en l'absence de relation de confiance.

➤ Dans l'exemple du suicide sur les lieux de travail, un médecin référent missionné par la direction sur les risques psychosociaux propose un suivi et un accompagnement par des entretiens individuels des salariés. Autant les entretiens individuels et collectifs avec groupes de volontaires peuvent donner lieu à une analyse collective du côté du travail, autant le suivi et l'accompagnement individuel sont du côté de la thérapeutique. Or, sur un plan réglementaire, l'exercice de la médecine du travail est exclusivement préventif. Comment argumenter le refus de coopération du médecin du travail local avec le référent ? Ne s'agit-il pas d'exercice illégal de la médecine du travail ? Ne faut-il pas en informer l'inspection du travail par courrier ? Les salariés ne doivent-ils pas en être informés ? L'affichage de la lettre à l'inspection du travail en salle d'attente ne s'impose-t-elle pas ?

### L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE FACE AUX CHOIX DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

➤ **Épidémiologie** : L'indépendance se pose lorsque les médecins du travail envisagent une étude commune en santé publique avec un bon protocole, l'accord de la CMT, l'information de la Commission de contrôle. Quelles sont les marges de manoeuvre ? Les médecins inspecteurs du travail sont assez souvent sollicités sur cette question. Lorsque la direction demande des comptes, il s'avère que la protection de la déontologie est faible par rapport au travail collectif.

À l'inverse, il est licite de participer à l'émergence de connaissances. Mais quel prorata attribuer à chaque activité ? Il doit également être possible de choisir de participer ou pas aux enquêtes épidémiologiques. Dans certaines régions comme en Rhône-Alpes, la légitimité vient de la mise en place du statut de société savante qui permet de confier des études aux médecins du travail. Antérieurement, la responsabilité de moyens des services de santé au travail permettait la répartition des rôles : la CMT disposait d'outils pour l'organisation d'une politique de prévention du service. Désormais, l'orientation de la politique de prévention peut être le fait du directeur sans que les médecins se saisissent de cette question pour la faire émerger en CMT.

➤ **De la veille à l'alerte psychosociale collective** : La veille que représente la consultation en médecine du travail permet l'expression du vécu des conditions de travail des salariés et le repérage, par le médecin du travail, des effets sous forme de souffrances décompensées ou pas. L'accumulation des données au plan collectif donne la mesure du risque réel de ces conditions de travail et des conséquences cliniques collectives effectives.

Cette forme de veille qui utilise l'écoute compréhensive, individuelle par définition, permet d'établir le lien entre les risques relatés et les effets cliniques constatés au plan collectif. Elle se complète de l'inscription des traces, dans le dossier médical individuel, du diagnostic clinique et du récit du vécu des contraintes professionnelles. Ces traces doivent permettre l'analyse et l'alerte psy-

chosociale collective par le médecin du travail. Le but est la recherche de mesures de prévention collectives.

**Les médecins du travail, se doivent de revendiquer ces actions de veille, dans un objectif double d'alerte et de trace dans le dossier médical.**

**L'outil d'alerte** est bien entendu la fiche d'entreprise, outil à disposition du médecin du travail, présentée au CHSCT : elle part de la clinique sous forme de données quantifiées, qu'il s'agisse des inaptitudes en une seule visite, en raison de danger grave et immédiat, les déclarations de maladies à caractère professionnel, les AT que sont les réactions aiguës à un facteur de stress, les syndromes post-traumatiques, voire les maladies professionnelles telles que les syndromes anxieux ou dépressifs réactionnels.

La fiche d'entreprise peut être éditée et complétée au fil du temps, si besoin en lien avec l'inspection du travail. Elle est présentée aux membres du CHSCT que rien n'empêche d'aller mener une action prud'homale. Certains médecins du travail donnent l'adresse et numéro de téléphone de l'inspection du travail, des prud'hommes, aux salariés qui semblent décidés à mener une action collective. La prudence est la règle et le médecin ne poussera jamais personne à agir car cela ne fait pas partie de sa mission. Mais ne sous-estime-t-on pas les futures actions juridiques portées par ceux qui n'ont plus rien à perdre et qui permettent une régulation sociale, en somme !

Toutefois, dans le discours projet « DARCOS », malgré que le Code du travail prévoit l'obligation de sécurité de résultats, donc l'obligation faite aux employeurs de mener des actions, tout s'inverse : ce sont les services de santé au travail qui mettent en place les actions de prévention.

**Les règles du passage de relais** : l'alerte psychosociale collective doit obéir à des règles, elle associe les partenaires sociaux. Le médecin du travail est le tiers témoin.

### DE LA GESTION DES RISQUES

Le ministre DARCOS mesure-t-il l'écart entre la mise en évidence des risques et des effets sur la santé par le médecin du travail et l'évaluation des risques par l'employeur ? L'indépendance actuelle du médecin du travail ne sera-t-elle pas balayée par l'intervention des directions de SST qui se substitueraient d'une façon ou d'une autre aux médecins du travail dans la rédaction de la fiche d'entreprise ? Avec en prime une approche sur le mode de la gestion des risques sous l'emprise de l'économique ?

L'aide des SST aux entreprises, leur mise au service de l'économique prend déjà le pas avec la mise en avant, dans le discours « DARCOS » du rôle utilitaire comme le maintien dans l'emploi, la traçabilité des risques. Il faut insister sur le fait que l'évaluation des risques professionnels n'est pas du domaine de la santé au travail : des structures doivent les aider qui tiendront compte de la contrainte économique. Celle-ci est hors champ des SST qui soutiennent la préven-

tion et non la gestion du risque sous l'emprise de l'économique. La veille décompte la souffrance, l'alerte ouvre à la mise en évidence de facteurs de risque et à la prévention.

### LA COOPÉRATION AU SEIN DU SERVICE

**Avec les IPRP** : l'action collective et l'intervention des IPRP vont nécessiter une coordination et une restitution. Certaines coordinations passeront par le médecin référent, non responsable. Quelle définition du champ d'action ? Correspondant à quelles responsabilités, quelles obligations du médecin du travail sur son secteur d'activité ? La responsabilité des SST ne sera-t-elle pas transférée sur les médecins du travail pilotant l'équipe de prévention sur la base des données collectives ? Le directeur met en œuvre les objectifs sur lesquels le médecin doit s'aligner sous le contrôle et l'autorité du directeur du SST.

Les services n'ont pas que des IPRP (ex : formateurs « gestes et postures », PRAP). Le médecin n'est pas obligé de participer. De même, l'IPRP aurait besoin d'un statut clair. Il n'est pas subordonné au médecin. Il peut y avoir désaccord. Là encore, le médecin n'est pas obligé de cautionner ce qui ce qui le mène dans le mur par rapport à sa responsabilité individuelle. Rien ne doit être fait sur son secteur sans que le médecin en soit informé.

**L'infirmière au sein de l'équipe médicale** : l'infirmière fait partie de l'équipe médicalisée et le médecin lui donne accès aux dossiers qu'elle gère en l'absence du médecin. Elle a un rôle propre avec un cadre d'intervention individuel et collectif. Un médecin qui agit en responsabilité a besoin de règles pour exercer. La pratique spécialisée du médecin du travail doit pouvoir s'exercer et défendre l'approche par la clinique médicale individuelle et collective du travail, en s'appuyant sur quelques points de droit. L'équipe médicale qui ne peut être subordonnée, va cohabiter avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Mais le médecin doit revendiquer d'être jugé sur le métier et revendiquer son action en responsabilité. La construction de sa professionnalité doit se bétonner autour de la mission du médecin du travail.

**Des règles pour l'action collective** : quel rôle propre du médecin, de l'infirmière, des IPRP ? Chaque métier a son rôle propre. Quelles discussions entre les métiers ? Pour quelles règles de métier ? La responsabilité de moyens des SST n'est pas limitée à l'entretien individuel mais les pratiques collectives des médecins ne sont pas repérées comme en responsabilité.

### FACE AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX BÂTIR LES RÈGLES DU MÉTIER

À partir des notes du dossier médical qui comporte les « récits » des salariés et les diagnostics cliniques qui s'y rapportent, le médecin du travail intervient sur les cas individuels, par la rédaction de la fiche d'aptitude, du certificat médical. Mais à partir de ces cas cliniques individuels, il rassemble ses notes pour une synthèse collective via la direction, le CHSCT.

### EXEMPLES

#### ➤ Première expérience dans une entreprise de service public

Le dossier médical comporte des prises de notes sur les éléments de la situation professionnelle. En quoi l'organisation du travail a-t-elle changé ? Quelle répercussion dans le service, et à ce poste de travail en particulier ? Le vécu du salarié est mémorisé au travers de phrases subjectives transcrites *in extenso* dans le dossier, entre guillemets.

L'ensemble de ces notes donne à comprendre et leur mise en forme réveille la pensée du médecin du travail par rapport à la situation collective, ouvrant des pistes, des hypothèses, qui vont nourrir les échanges futurs.

Dans l'entreprise, la réflexion et la rédaction de la synthèse vont se concentrer sur un service. La monographie s'élabore à partir de petits collectifs de 30 personnes. Elle raconte l'histoire collective d'individualités en guerre les unes contre les autres. On y inclut le somatique. L'objectif est de demander l'ouverture du débat. Maintenant si danger grave et immédiat.

Avec le temps, les monographies sur les collectifs peuvent ouvrir le débat sur le travail. Elles peuvent présenter des situations plus ou moins dégradées et, de ce fait, les interlocuteurs vont varier en fonction d'une atteinte ou non à la santé, et selon le degré de cette atteinte.

#### ➤ Seconde expérience, en Centre hospitalier

Quand un problème surgit dans un service, le médecin du travail reçoit le personnel à la demande des personnes. Les responsables sont informés. Un exposé est fait au CHSCT de la représentation collective du problème. Contrairement au premier exemple, la peur et l'individualisation n'existent pas. Les collectifs sont présents (collectif infirmier). Un des signes de gravité est l'atteinte effective des coopérations mais avec la possibilité persistante de venir ensemble en parler à la consultation.

Dans cet exemple, le médecin n'aborde pas en CHSCT ni avec la direction les problèmes d'insuffisance des marges de manœuvre. Il débat plus aisément en CHSCT de problèmes d'horaires.

### MÉTHODOLOGIE D'INTERVENTION

➤ De par son métier, le médecin du travail construit la représentation de la difficulté de travailler. Puis viendront les bagarres sociales, la médiation par le CHSCT. Il faut encourager le développement de la compréhension de ce qui fait difficulté au travail. La délibération se fera sans le médecin du travail. Le CHSCT négocie la force de travail. La lutte, le compromis ne sont pas ouverts au médecin du travail.

Les thématiques « altération de la santé du fait du travail » nommées, le médecin du travail laisse délibérer. La souffrance est la mise en évidence d'un problème de santé lié à l'organisation du travail. Si possible, on valorisera l'alerte « molle » en amont de l'alerte dure. Sans

se substituer au débat social, en aidant à sa possibilité. Toute la difficulté consiste à savoir jusqu'où on peut remonter vers la phase de veille pour alerter avant les dégâts, les souffrances, « l'enclume au-dessus de la tête » qui empêche la discussion.

➤ **La graduation de l'intervention** : le mouvement tendanciel va de la veille au danger grave et immédiat.

**La veille** : on parle d'alerte molle, contenue dans le rapport annuel.

**L'alerte plus encadrée** : elle est lancée deux fois par an, solennelle.

**L'alerte pour danger grave et immédiat** : elle peut être amenée, elle aussi, de façon graduée.

- ◆ Alerte à l'employeur sous forme d'un courrier avec simple information du CHSCT.
- ◆ Alerte du CHSCT envoyée à l'employeur
- ◆ Alerte du CHSCT avec demande de réunion dans les 48 heures pour un débat sur les conditions de travail. Les salariés devront débattre sur ce qui est écrit et donner leur avis.

Le médecin du travail anime le débat. Secrétaire du CHSCT et responsable sont des témoins silencieux. Remarques : le médecin du travail anime le débat qui sera repris en CHSCT. On parle exclusivement du travail. Les termes tiers-acteur et passeur sont bien les termes qui conviennent au rôle du médecin du travail puisque secondairement, les groupes de travail se démultiplient dans le service. Le médecin du travail est alors témoin muet. Il ne cautionne pas la réorganisation.

➤ **Le diagnostic d'atteinte à la coordination du collectif** : La consultation individuelle est le lieu, le temps d'investigation du collectif. Le salarié doit pouvoir parler du « paysage » de la vie professionnelle partagée au poste de travail. Y compris son attachement à l'entreprise, les traditions familiales et/ou professionnelles. Il doit pouvoir parler de la représentation qu'il se fait du contenu du travail, en référant aux valeurs partagées de l'histoire collective du travail. Le respect du travail peut dépasser l'entreprise, la région...

Au moment où je termine ce compte rendu, nous perdons la balise DARCOS ! Eric WOERTH n'a pas l'air de baliser pour autant ! Quant à nous... on a de quoi baliser, pourtant !

**L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a 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.**

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Annie DEVEAUX – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER : Alain RANDON

CONCEPTEUR-RÉALISATEUR DU CAHIER SMT : Jean-Noël DUBOIS

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Marie-Andrée CADIOT, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JÉGOU, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Martine MANGIONE, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Claire THOMASSIN, Jean-Louis ZYLBERBERG