

QUELLE MÉDECINE DU TRAVAIL POUR QUELLE RÉFORME ?

Association Santé et Médecine du Travail

Compte rendu des débats du Congrès de décembre 2010

SÉANCE DU MATIN

Le Congrès regroupe une trentaine de participants. La séance commence vers 10 h 15 après que chacun se soit présenté. La séance est présidée par le président de l'association. Le Conseil d'administration est présenté puis les thèmes abordés pendant le congrès sont énumérés :

- Après la nouvelle loi, quelles perspectives et pratiques possibles en médecine du travail ? Un service ou département de médecine du travail plus que jamais nécessaire pour l'équipe médicale
- La Pénibilité instrumentalisée du côté de l'invalidité pour ne pas changer les conditions de travail.
- Certification et normalisation en santé au travail, a déjà été abordé lors des deux réunions précédentes, mais les organisateurs aimeraient avancer sur cette question.

Des rapporteurs de séance sont ensuite désignés.

RÉCAPITULATIF DES DÉBATS DE LA JOURNÉE DE PRINTEMPS 2010

La séance commence par un récapitulatif de la précédente *Journée de Printemps*. Celle-ci portait, dans le cadre de la réforme, sur l'évolution du métier de médecin du travail. Le débat portait sur la responsabilité en termes de demande sociale par rapport à la mission de la médecine du travail. La question des relations de travail avec les psychologues, les médecins traitants, les intervenants extérieurs (liés à la commercialisation de la gestion du stress) a été discutée. Le caractère prédictif des atteintes à la santé a été également discuté mais il a été constaté qu'il existe peu de moyens en tant que médecin du travail pour changer directement l'organisation du travail (restructurations ou rythmes de travail). D'autres questions ont été débattues : « Quelles sont les limites de notre activité ? Comment border la question du thérapeutique dans l'activité clinique de la médecine du travail ? Comment on se situe par rapport à la pluridisciplinarité ? » Il est proposé d'en rediscuter et de notamment revenir sur une pratique davantage médicale que d'animation d'une équipe pluridisciplinaire. L'articulation, dans la clinique médicale du travail, entre individuel et collectif a beau-

coup été discutée à la réunion précédente. La question de l'aide que peut apporter un médecin du travail à un salarié « effondré » a également été abordée. La posture de praticien permet, à partir de l'état du salarié (confusion), de revenir sur la question du travail et de reprendre l'élaboration du salarié sur ce qui s'est passé. Si l'intervention du médecin du travail est plus tardive, elle sera beaucoup plus compliquée à traiter car le lien avec le travail sera moins évident pour le salarié dont le médecin de famille, voir le psychiatre aura la charge. Le terme de « thérapeutique » a aussi été discuté pour savoir s'il fallait l'employer et le lier ou non à la notion de soin. Le terme de « soin préventif » avait été avancé sans faire l'unanimité.

PRÉSENTATION DU TEXTE ENVOYÉ PAR UN PARTICIPANT

Un participant présente le texte qu'il a fait circuler sur le réseau SMT avant le congrès, pour ceux qui ne l'ont pas lu. Il s'agit de réactions au débat sur la réforme des retraites, qui s'est tenu dans le réseau, et à la création de départements médicaux dans les SST, ce qui ne serait pas forcément une bonne solution pour les relations avec les IPRP et les directions de services du point de vue de ces derniers et pour certains médecins du travail. Il traite également des notions de plaisir et de souffrance au travail qui semblent liées à la retraite à soixante ans et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Il porte également une réflexion sur le problème démographique des médecins qui questionne leur pratique alors que ce n'est pas automatiquement ce que les médecins souhaitent se poser comme problème. Il existe une vision du métier directement percutée par l'impossibilité de le faire. Face au nombre trop important de salariés à surveiller, se pose la question du choix de ce qui est fait et de ce qui est supprimé. La visite d'embauche est ainsi importante car elle permet de nouer un premier contact avec les salariés. Comme les visites périodiques sont pré-payées, les directions de services font pression pour que les visites d'embauche soient maintenues. Les médecins n'arrivent pas à supprimer la visite d'embauche car elle fait partie du cœur du métier. Qu'est-ce que fait l'État ? Et que peut-il ? Entre les années 1980 et 2000, la situation a fondamentalement

changé. Comme la politique d'agrément ne servait à rien, il n'y a pratiquement aucun contrôle des SST. Une réflexion est souhaitée sur la manière de faire appliquer la réforme. La fiche sur la pénibilité peut avoir des conséquences énormes. Soit elle ne sera jamais faite, soit elle va « booster » les IPRP car les médecins du travail sont débordés. Il s'agit de discuter pour les cinq à dix ans à venir où il existera 4 000 médecins du travail qui surveilleront 6 000 salariés chacun. C'est dans ce contexte qu'il faut réfléchir à la pluridisciplinarité, à la délégation de tâches. Ce qui est très difficile à aborder, à penser si il y a beaucoup moins de médecins car il s'agit d'une remise en cause de l'exercice professionnel non pas pour des raisons éthiques mais pratiques.

CONTEXTUALISATION DU DÉBAT

Des données de contexte sont ensuite présentées pour organiser le débat. Le collectif Santé Travail dont est membre l'association SMT a été reçu par les sénateurs du Front de Gauche. Le SNPST qui en fait aussi partie, a également rencontré la commission des affaires sociales du Sénat.

Dominique HUEZ expose le texte qu'il a présenté au nom de l'association Santé et Médecine du travail au Sénat. Il y déclare qu'il existe un détournement de l'objet des SST car les employeurs peuvent faire agir directement les IPRP dans les TPE donc organiser l'évaluation des risques et la prévention de leur responsabilité mais par leur action. Il existe également une démedicalisation des SST (quelle place est donnée aux infirmiers par rapport celle des IPRP ou à l'intervention médicale ?). Des services sociaux sont envisagés dans les SST mais pas de services médicaux. Rien n'est écrit sur le statut d'indépendance des autres acteurs qui réfèrent au code de la santé. Si le médecin du travail est un « grand ordonnateur », il le sera également de pratiques non médicales. Puis, les plus précaires du marché sortent du dispositif ce qui amène à une gestion de la santé au travail et non à sa prévention. Est-ce que les services de santé au travail vont devenir des services de protection/prévention pour les employeurs des TPE ? S'agit-il d'isoler le service de médecine du travail qui a une mission de veille, d'alerte et d'assistance, au sein du SST ? Le texte de loi revient en arrière car rien n'y est dit sur le devenir de l'aptitude pour laquelle il semblait y avoir un consensus pour sa suppression. Vient ensuite la question de la gouvernance et du paritarisme. Un autre débat qui n'existe pas dans la réforme est : va-t-il rester une pratique médicale ou pas ? Il s'agit également d'aborder la question de la pluridisciplinarité qui est une pratique mise à disposition des entreprises et non de la santé des salariés.

Alain CARRÉ présente ensuite son texte portant sur la formation de CHSCT et souhaite orienter le débat sur la vision des représentants des employeurs qui l'a beaucoup surpris. L'une des réactions est de nier la réalité de l'exercice. Un certain nombre de représentants des travailleurs pense que le médecin du travail porte la négociation de la force de travail. Il s'agit de leur expliquer, qu'eux syndicalistes négocient la force de travail car plutôt que de voir éradiquer le risque

comme le médecin le recommande, ils préfèrent parfois toucher une prime. L'altération (subjective) de la santé au travail n'est pas l'atteinte (MP/AT). La Nation garantie la protection de la santé, l'employeur a quant à lui une obligation de résultat, il ne doit pas créer de maladies professionnelles ou d'accidents du travail. Alors que le médecin du travail a une obligation de moyens. Il y a également confusion entre deux secteurs de la prévention de la santé au travail, d'un côté les responsabilités de l'employeur et de l'autre la médecine du travail. Dans les grandes entreprises, les deux sont bien distincts alors que pour les PME, la réforme va mettre la médecine du travail comme moyen de prévention de la responsabilité des employeurs. Selon la théorie du CISME, la médecine du travail dans sa forme actuelle doit disparaître pour des raisons politiques. Pour la gestion des risques dans les TPE, les SST vont devenir des services de prévention pour les employeurs avec une participation médicale pour l'accompagnement des risques. C'est la fin du contrôle social majoritaire des travailleurs sur l'institution qui est une garantie d'indépendance pour la médecine du travail. Concernant le paritarisme des services, il faut faire attention aux conditions objectives d'indépendance. Les accréditations seront données par les Direccte mais aussi par les ARS, ce qui résulte d'une vision purement économique de la gestion de la santé. Selon lui, il existe une « fenêtre de tir » de quelques mois qui permettrait d'entraîner d'autres acteurs, tels que les confédérations syndicales. Le débat est ensuite lancé.

TRANSFERT DE RESPONSABILITÉ

Il existe une transformation, déstructuration des entreprises dont l'organisation est opaque, notamment pour ce qui est du contrôle social et des interlocuteurs des représentants des salariés. La fonction régaliennne de l'État devient alors une tâche impossible. Il faut prendre en compte le turn-over des salariés qui ne restent pas plus de deux ans dans les entreprises ce qui rend compliqué la visibilité de la santé au travail. Les risques changent de nature. Les RPS et les TMS sont difficiles à mettre en évidence. Et s'ils le sont par le biais médiatique, ils prennent de l'ampleur. Il y a un transfert de responsabilité par rapport aux risques professionnels. Les employeurs veulent les faire prendre en charge par les médecins du travail. Qui peuvent se retrouver devant les tribunaux.

Le patronat a pour projet un transfert de responsabilité. Les accords de branches étendus sont aujourd'hui « au-dessus » de la loi, il n'y a donc plus de contrôle. Par rapport aux missions des SST, le directeur du SST aurait davantage de poids. Les commissions sont organisées par projets et la commission médico-technique devient pluridisciplinaire, ce qui est contraire à l'indépendance du médecin du travail si les autres participants n'ont pas de statut. Dans certains secteurs professionnels comme celui des enfants du spectacle, des médecins non spécialisés en médecine du travail pourront faire les visites. L'avis motivé du médecin du travail est un piège vis-à-vis du secret médical. Les recommandations du médecin du travail peuvent aussi être un moyen de déresponsabiliser l'employeur.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL EST-IL UN « EXPERT » ?

Art. L.4624-4 de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail présentée au Sénat : « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié les mesures visant à la préserver* ». Pour un des participants, ce sont des mesures générales visant à préserver la santé des travailleurs à titre collectif. Ce qui peut être dangereux pour les médecins qui vont se demander s'ils ont les compétences (« circonstancié »). Cet écrit semble réservé à l'employeur, ce qui transforme les médecins du travail en experts pour des tiers, ce qui change leur mode d'exercice. L'intervenant propose alors d'invalider cette proposition ou de la vider de son sens en donnant le conseil à l'ensemble de la communauté de travail. Il est pour que le médecin effectue une traçabilité des risques et effectue des prises de position publiques. Le médecin est pris entre deux feux car s'il ne dit rien il ne répond pas à l'obligation de moyens et s'il dit quelque chose, il engage sa responsabilité. Un médecin acquiesce en disant que l'on veut faire jouer le rôle d'expert au médecin du travail et le responsabiliser si les préconisations qu'il a faites ne permettent pas de prévenir l'ensemble des risques.

Un participant prend la parole pour parler de la financiarisation dont fait partie le débat. Les médecins du travail sont peu performants sur la question de la santé au travail même s'ils ont montré quelques choses. Il existe une illusion du pouvoir médical et de la protection assurancielle qui n'a jamais engagé personne. L'inaptitude pour préserver la santé d'un salarié dûment informé qui est un outil de mise en évidence, est peu employée par autocensure. Beaucoup de médecins sont séduits par le fait d'être animateurs de la pluridisciplinarité par déficit de réflexion sur leur propre métier. Pendant vingt ans, les médecins ont pris une position non pas d'experts sur la santé mais d'experts sur les conditions de travail, ce qui est un détournement. L'argument est qu'il n'y a personne pour le faire dans les entreprises alors qu'il y a les CARSAT pour ça. Il revendique que les médecins soient uniquement experts en santé au travail mais pas sur les conditions de travail dont ils doivent obtenir les informations (ce qui est le rôle des employeurs, les médecins sont d'ailleurs en droit de les critiquer sur le sujet). Il raconte ensuite une anecdote sur une réunion qui s'est tenue à la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique d'État (DGAFFP) avec les médecins coordonnateurs de la fonction publique. Ils ont proposé un projet de réforme de la médecine de prévention avec un « copier/coller » de la loi en cours, notamment sur la pluridisciplinarité dont le médecin préventeur sera l'animateur. Les médecins présents ont dit qu'animateur n'était pas suffisant, qu'il fallait en être les coordonnateurs. La majorité du corps des médecins du travail a intégré l'idée de faire le travail pour les employeurs. Selon lui, une réaction positive est de rappeler qu'ils sont là uniquement pour « dire la santé au travail pour les salariés » et que derrière il y a des mesures à prendre pour les entreprises. L'expert est celui qui apporte les connaissances, il revendique cette notion. Pour lui les médecins du travail sont dans la confusion de ce qu'ils veulent défendre, ils pen-

sent défendre leur rôle alors qu'ils sont dans un débordement d'une activité qui n'est pas la leur.

Un médecin est en désaccord sur le terme d'« expert ». Le terme d'expert est très utilisé dans le monde scientifique, il faut parler de « redistribution d'expertise ». Car la question du travail demande à ce que les salariés soient « experts de ce qu'ils font » et c'est là qu'il faut travailler avec eux. Travailler avec les gens dès qu'ils décrochent du travail et faire des consultations médicales de suivi pendant l'arrêt de travail. Le retour vers la médicalisation de la profession est un moyen de retrouver des compétences collectives.

Une autre médecin du travail prend la parole pour dire qu'elle aimerait voir des prises de positions concrètes. Elle se demande ainsi quelles visites privilégier. Les visites de reprise ou à la demande du salarié lui paraissent beaucoup plus intéressantes que les visites d'embauche. Elle questionne ensuite la notion d'expertise et trouve qu'elle sert plus à responsabiliser les gens qu'à construire quelque chose de collectif. Selon elle, les médecins qui veulent être coordonnateur de la pluridisciplinarité sont sur une position défensive pour ne pas être marginalisés ou exclus de l'analyse de la question du travail et ne pas être cantonnés au cabinet médical. Que proposer ?

UN CADRE PLUS GLOBAL

Un médecin propose de replacer le débat dans un cadre politique plus global qui est contraignant pour leur exercice. Il y a une tendance anglo-saxonne pour inverser le droit français et ce n'est plus la loi qui prédomine sur les accords des partenaires sociaux. La normalisation devient aussi de plus en plus importante et amène à un gouvernement par l'ISO dont l'ISO 26000 qui est une norme sur l'organisation de la santé au travail. Ce qui provoque la destruction des collectifs de travail. Au niveau européen, « BARROSO 2 » a nommé un groupe de haut niveau pour diminuer la charge administrative des médecins d'entreprise de 25 % et les responsabilités de l'employeur en termes de santé au travail qui coûtent cher sont en train d'être supprimées. En France, ils se sont attaqués à d'autres secteurs de la prévention avant la médecine du travail (tels que les CARSAT, l'ANACT mises sur le marché du travail de la gestion des risques et les CHSCT). La commission européenne a comme axe central de sa stratégie 2020, la « flexi-security ». Ce qui a été dit la veille à la réunion du comité consultatif santé/travail auquel il siège. Contradiction entre la directive européenne et son application en France qui ne respecte ni l'article 7, ni l'article 14. Ce qui peut être un point qui peut leur donner raison.

Une participante fait remarquer qu'il y a un niveau de discussion qui va de l'Europe aux problématiques mondiales mais il y a aussi un niveau d'activité où il est possible de reprendre la main (ce qui n'est pas forcément possible au niveau global). Elle ne trouve pas que la médecine du travail soit un métier politique, bien qu'il faille avoir un positionnement éthique clair pour l'exercer.

L'EXERCICE DU MÉTIER

Un médecin déclare qu'il lui semble important de réfléchir sur l'exercice du médecin du travail qui aura à suivre 6 000 salariés alors que les entreprises changent et que les problèmes du secteur des services ne sont pas les mêmes que ceux du secteur productif. Cet exercice se fait par la consultation clinique. Il part du principe que cet exercice sera dégradé car les médecins du travail sont formés très rapidement. Il dit avoir été formé en une semaine. Pour lui ce n'est pas en faculté que l'on forme les médecins et il a davantage appris « sur le tas ». Il a été audité par la commission IGAS et s'est rendu compte qu'ils ne connaissaient pas le métier.

Une participante déclare être intéressée par l'analyse des conditions de travail. Beaucoup de médecins se sont trouvés prescripteurs, ce qu'elle ne veut pas. Elle ne voit pas comment combiner ce que la commission aura décidé de ce qui devra être fait dans l'année et leurs actions dans les entreprises où il n'y a pas le problème choisi pour l'année. Elle revient ensuite sur la formation du médecin du travail en une semaine, ce qui pour elle dévalorise le métier. L'autre médecin répond qu'il estime ce métier beaucoup plus politique au sens du « politis » que technique. Il trouve que ce devrait être à des médecins du travail de former leurs pairs. Elle est d'accord sur le fait qu'on ne peut pas former aujourd'hui à l'université les médecins du travail de demain car l'apprentissage sur le terrain est très important.

Un médecin fait remarquer qu'il existe un élargissement de la fonction d'infirmier. La HAS a rédigé un document sur des protocoles de collaboration entre soignants. Le médecin du travail est chargé de l'expertise et les autres tâches sont transférées aux infirmiers. Il est intéressant de voir le parallélisme entre le secteur de la santé et le secteur de la santé au travail. Avec la réforme du LMD, il y a un changement de qualification des infirmiers qui va avec une importante transformation de leurs responsabilités (mais qui ne sont pas assez médicales). Ils doivent faire attention au transfert de responsabilité qui va aller avec.

Un participant prend la parole pour dire qu'aujourd'hui c'est l'entreprise qui doit fournir les données sur les conditions de travail au médecin. Dans les TPE-PME, les employeurs vont se tourner vers les IPRP dont c'est le métier. Aujourd'hui il y a cinq médecins pour un IPRP, donc c'est strictement infaisable de faire toutes les fiches de pénibilité. De plus les directions de services demandent aux IPRP de rapporter des fonds, des objectifs financiers. Comment l'articuler dans les services? Les médecins ont à rendre visible collectivement ce qu'ils ont observé individuellement (ce qui prend du temps). Ce temps de collectivisation de l'information devrait être réservé, il pourrait être pris sur celui réservé aux fiches d'entreprises qui ne servent à rien car elles ne sont pas utilisées. Le tiers temps est utilisé par la résolution de tous les problèmes individuels. Le travail collectif entre IPRP et médecins du travail ne pose pas de gros problèmes quand il s'agit de cas individuels. Les médecins du travail doivent être assistés sur ces problèmes pour aider les salariés. Ce qui peut amener un conflit par rapport aux objectifs des directions. La pluridisciplinarité ne peut être contournée car le

médecin ne peut pas tout faire. Il donne une anecdote sur un SST où il a travaillé et où deux médecins du travail étaient hospitalisés. En réunion, il a demandé s'il y avait un lien avec leurs conditions de travail. Tous les médecins trouvaient ça évident mais il n'y a eu aucun débat. Généralement, les médecins du travail ne portent pas de réflexion collective sur leurs conditions de travail. Il trouve ensuite que la suppression de la visite d'embauche est liée à celle de l'aptitude qui oblige de voir tout le monde alors que ce n'est pas possible. Le vide démographique en médecine du travail est également présent dans l'ensemble des corps médicaux. Mais les médecins du travail ne recrutent pas en masse à l'étranger car il n'y a pas de formations adaptées. Il n'y a donc pas de solution à court terme. La capacité a été supprimée car les conditions de travail des médecins généralistes se sont tellement dégradées, qu'il y a la peur que ça puisse marcher. La pratique des SST va changer. Quand il y aura dix IPRP pour cinq médecins, la médecine du travail va se trouver comme une partie de moins en moins importante d'un SST.

SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

DISCUSSIONS SUR LA MANIÈRE DONT ON SE DÉFINIT :

➤ **Expert ?**

Souci de trouver un mot qui exprime la compétence incontournable du médecin du travail. Avec les avis des médecins agréés, on contourne le médecin du travail ; or l'avis du médecin du travail (son expertise ?) doit être incontournable.

On nous dit de prendre des avis d'autres médecins pour étayer nos dossiers, on ne prend plus des avis seuls, sur les cas difficiles. Est-ce une dérive ou une manière de s'entraider ?

D'après un participant qui cite Nicolas DODIER, on peut pratiquer la médecine du travail comme expert, c'est-à-dire médecin qui dit ce qu'il faut faire (héritier de la médecine médico-légale) ou comme un avocat au service de la cause de la santé au travail. La posture d'expert le met mal à l'aise car elle est extérieure, alors que « l'avocat au service de la cause de la santé au travail » est un médecin du travail « de première ligne », qui se caractérise par sa *praxis* médicale.

➤ **Médecin des travailleurs ?**

Proposition du terme « médecin des travailleurs », mais ambiguïté par rapport à la médecine générale des travailleurs (et les travailleuses ?). Le terme « travail » permet de se concentrer sur l'activité (sans laquelle la clinique n'est pas possible) et de ne pas glisser vers la santé publique. Par contre, l'objectif est clairement la santé des travailleurs.

➤ **Référent ?**

Permet de désigner le médecin comme acteur incontournable, mais pas forcément expert. Le terme de référent évoque les médecins référents nommés dans les services pour chaque risque (exemple « médecin référent risques

psychosociaux »). Il n'est pas apprécié car les médecins du travail sont dans la globalité.

➤ **Médecin spécialiste de la santé au travail ou des maladies du travail / médecins spécialisés sur les effets du travail sur la santé**

Pas expert, mais clinicien. Les employeurs sont intéressés pour avoir un point de vue médical sur les risques collectifs mais ils ne veulent pas que ces avis spécialisés, experts, puissent ouvrir le moindre droit médico-légal !

LA PLURIDISCIPLINARITÉ : COMMENT CONSERVER SA POSTURE DE MÉDECIN DU TRAVAIL ?

➤ Le médecin du travail n'est pas le seul à pouvoir identifier des risques et faire des propositions : dans ce sens, la pluridisciplinarité est une bonne chose.

➤ Mais dans les SST, les médecins du travail côtoient des professionnels dont la mission est aujourd'hui de suppléer l'employeur dans sa mission de prévention (cela a été rendu très clair avec le projet de loi) : est-ce un risque ? Le médecin du travail a-t-il la légitimité pour les coordonner ou les diriger ? Non.

➤ IPRP, c'est une fonction, pas un métier. Mais où est son statut. La posture est différente. Comment collaborer ?

➤ Quels problèmes cela pose-t-il d'avoir des non-médecins dans un département médical, qui relève de la santé publique ? Faut-il créer des services de médecine du travail au sein des services de santé au travail ?

➤ La loi amène une confusion majeure dans les services du fait de la double finalité entre les acteurs. Malgré une majorité d'actions sur l'aide à l'employeur, il faut garder une posture de médecin, et un rôle de dévoilement et d'accompagnement de la santé au travail, singulière et collective. Ne pas confondre expertise et pouvoir de décision. Différence entre prévention médicale et prévention sanitaire.

➤ La commission de projet n'est-elle pas redondante par rapport à la CMT ? Quel contrôle social sur la commission de projet ? Les services peuvent-ils la refuser ?

LA FORMATION DE MÉDECIN DU TRAVAIL

➤ Pas assez basée sur l'expérience, trop déconnectée de la pratique, et donc insuffisante : il faut que la médecine du travail soit enfin enseignée à l'Université.

➤ Désaccord premier avec les universitaires qui ne comprennent pas la clinique médicale du travail : les médecins du travail sont des médecins de première ligne, qui font du suivi individuel et collectif des personnes. On ne fait pas seulement le lien santé/travail mais le lien atteint à la santé/travail. Avec ses conséquences médico-réglementaires.

LE POSITIONNEMENT DES MÉDECINS DU TRAVAIL PAR RAPPORT AUX SALARIÉS

➤ De plus en plus de consultations médicales à la demande : on accompagne des gens malades, on n'est pas dans la santé et on a de moins en moins de temps pour assurer la veille.

➤ Importance de la traçabilité : expliquer leurs droits aux salariés et leur parler des risques qu'ils courent.

➤ Ne pas prendre de décision à la place des gens.

➤ Mais il faut bien aller sur le terrain voir comment les gens travaillent pour éviter l'altération de leur santé et faire de la prévention primaire (même s'il est difficile de faire de la prévention primaire sans pouvoir de décision). Mais nommer et déplacer les questions, c'est prévenir.

➤ On fait de l'accompagnement individuel, le sujet qui sort du cabinet n'est plus comme avant, il a grandi un peu. La clinique médicale du travail, c'est un métier à part entière.

➤ L'alerte collective est indépendante de cet accompagnement individuel mais s'en nourrit totalement.

➤ Sur quels indicateurs s'appuie-t-on ? Pathologie décompensée ? Non décompensée ? Vécu du travail sans qu'il n'y ait de clinique ? Si on le fait trop tôt on dépose les acteurs de leur autonomie.

➤ Intérêt du tiers temps :

- ◆ pour comprendre le travail ;
- ◆ pour que le travailleur sache qu'on l'a vu, pour qu'on soit dans la situation d'un interlocuteur qui puisse comprendre ;
- ◆ pour qu'on garde le droit d'interpeller le travail.

LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL DE DEMAIN

Les pratiques sont en lien avec une certaine idée du métier, politique au sens du rôle assigné par la société à la médecine :

➤ Ce qu'on ne veut plus faire / ce qu'on refuse

- ◆ aptitude ;
- ◆ visites en rapport avec le « tout sécurité » ;
- ◆ l'instrumentalisation du côté de la sélection médicale de la main d'œuvre (« maintien dans l'emploi »).

➤ Qu'est-ce qu'on aimerait faire ?

- ◆ Conseil en entreprise ? Conseil à la communauté de travail, du point de vue de la santé des travailleurs (il faut que les salariés sachent d'où on parle).
- ◆ Ex : enquête sur un secteur en particulier.
- ◆ Petit « plan de santé au travail » : comment organiser son activité ? Peut permettre de construire de la connaissance sur les métiers.
- ◆ Être disponible pour recevoir ceux qui vont mal en urgence et non pas faire du prescriptif sur une branche...
- ◆ Faire la veille.
- ◆ Alerter.

SUR L'IDÉE D'UN « PLAN DE SANTÉ AU TRAVAIL »

ÉLABORÉ PAR LE MÉDECIN

(une planification libre de son activité) :

➤ C'est une stratégie défensive, résistante, (voire, offensive !) qui permet d'avoir un plan alternatif aux autres plans qu'on nous impose, et de ne pas être envahi par le quotidien et l'activité « pompier ».

➤ Permet d'« y aller avant que les gens soient malades » ? (est-ce possible ?)

➤ Attention à la redondance des études : beaucoup de médecins du travail font des observations de travail alors que cela a déjà été fait partout en France. Par exemple : les garagistes ! Le problème n'est pas tant de faire des « plans de santé » mais de mieux coopérer entre médecins.

SUR LES « RISQUES PSYCHOSOCIAUX »

➤ Réticence à employer le terme. « Risque psychosociaux » seul, ça ne veut rien dire, on décrit quelque chose qui est du domaine de l'effet, on ne nomme pas le risque qui en est la cause, l'organisation du travail.

➤ Illustre bien les positionnements difficiles des médecins du travail.

- ◆ Comment cette question traverse notre exercice ?
- ◆ Les RPS c'est éminemment culturel, politique, comment on va intervenir professionnellement sur ce secteur ?

➤ Quelles sont les organisations qui amènent des atteintes psychosociales ? Il y a des atteintes psychosociales dues à une organisation du travail ; c'est cette dernière qu'il faut modifier.

➤ Les RPS sont gérés par les employeurs de telle sorte que le risque est automatiquement mis sur l'individu.

- ◆ Il faut aller sur les lieux de travail, pas seulement traiter leur malaise. Ex : observation ergonomique faite sur une journée. Le médecin montre que selon la longueur de la file d'attente les employés dégradent leurs conditions de travail, ne reçoivent pas les gens comme ils veulent, etc. Observation remise au CHSCT et à l'employeur. Ça montre au patron qu'il paye des gens pour gérer une file d'attente et qu'il faut des gens en plus.

UN CAS D'ÉCOLE : LA SNCF

➤ La SNCF a formé une cellule RPS avec des psychiatres et des médecins, avec un rôle de conseil.

➤ Pôle de psychopathologie et consultations pour les gens qui sont en difficulté psychique.

➤ « Flash stress » : questionnaire. Peu d'items de travail et les médecins du travail n'ont pas été consultés. Résultat : 5 % de gens étaient très mal. La direction s'est dite : il faut qu'on arrive à les repérer pour avoir 100 % de gens qui vont bien ! L'objectif pour 2010 : former l'encadrement à repérer les gens qui ne vont pas bien.

➤ Films sur les RPS qu'on montre à l'encadrement : non-respect du secret médical et vision du médecin du travail pas en accord avec notre vision (archaïque, impensable, obsolète, etc.). Un salarié va consulter un médecin du travail. Après un entretien bidon, le médecin, en blouse blanche, lui dit « Tout va bien, vous êtes apte ». Il y a un mélange des genres parce qu'à la SNCF les médecins du travail étaient des médecins de soins jusqu'à une période récente. Le but est que le chef de service ait des notions médicales pour pouvoir repérer ceux qui ne vont pas bien.

➤ Les médecins du travail de la SNCF s'opposent à cette vidéo. Le CNO les soutient. Réunion houleuse, de grands pontes de la psychiatrie leur disent qu'il faut informer

sur ce que c'est que la dépression : « On est du côté des malades ! ». On a dit : « On n'est pas là pour repérer les gens qui ne vont pas bien. » – « Mais vous voulez les tuer ! »

➤ Beaucoup de non-respect soupçonné du secret médical. Beaucoup de collègues disent :

- ◆ « Il faut bien dire quelque chose aux employeurs ! »
- ◆ « Ils organisent des réunions où on parle de cas et où ils essaient de nous tirer les vers du nez. »
- ◆ « Ils essaient de fléchir sur les individus qui sont plus fragiles. Ils nous demandent de repérer les gens qui ne vont pas bien mais on leur dit : organisation pathogène. Une fois qu'on a repéré des choses qui ne vont pas bien dans l'organisation du travail, qu'est-ce qu'on fait ? »

EST-CE SPÉCIFIQUE ? AUTRES CAS :

➤ Dans un grand groupe, mise en place d'une cellule de dépistage soutien alcool/addiction. Les représentants syndicaux se laissent prendre au jeu, sous un discours « Ça apporte un soutien, une aide », c'est l'aspect « boyscout ».

➤ Dans l'industrie chimique, petite boîte locale de quatre-vingt personnes, rattachée à un grand groupe. Plaintes sur le travail qui se dégrade fortement. Proposition du médecin d'amener une fiche d'entreprise avec des indicateurs. Pas de possibilité de la présenter : recours à l'inspecteur du travail. Mise en place de questionnaires sans item sur le travail : prévention tertiaire. « Si j'accepte les questionnaires informatisés, le secret médical n'est pas préservé parce que certains services sont trop petits. La position de l'employeur c'est d'attendre les décompensations. Attention à ne pas mettre les doigts dans l'engrenage pour du dépistage. » Les représentants du personnel ne soutiennent pas le médecin.

➤ EDF : mise en place d'un numéro vert contesté par les médecins. Un collègue médecin du travail : « Le numéro vert, je vous arrête, je le connais, c'est le mien, c'est celui du médecin du travail ! ». Psychologues d'entreprise non cliniciens qui prennent en charge les personnes. Quand ils appellent on leur demande : « Est-ce que vous accepteriez de rompre l'anonymat ? »

L'interlocuteur du numéro vert est désigné par la direction. Commission d'examen plurielle : psychologue, Ressources Humaines, médecin... Des collègues médecins du travail émargent à ces commissions numéro vert pluridisciplinaires sans l'accord de leurs collègues. On a expliqué que c'était un « exercice illégal » de la médecine du travail, qu'il y avait empiètement sur le secteur de leur confrère. Ce sont des stratégies construites qui confèrent un rôle à un médecin du travail dans le cadre d'une rupture de secret. Ça détruit la confiance des gens. Des collègues trahissent le secret parce qu'ils ne sont pas surs d'eux, pourtant on n'a pas à justifier le secret, c'est notre cadre d'exercice, de confiance, la zone de déploiement de notre compétence.

➤ Autre exemple de prévention RPS. Dérive du protocole signé en 2008 par tous les syndicats : on parle clairement de repérage des gens fragiles. Numéros verts, « tickets psy », proposés aux gens qui ne vont pas bien. Les conducteurs de métro sont confrontés au suicide : on pourrait facilement reconnaître ce risque parce qu'il ne dépendrait pas de l'organisation du travail ! On insiste sur le divorce, sur tout ce qui n'est pas lié au travail. Un médecin est nommé comme responsable de la cellule de prévention des RPS. Ce médecin pouvait empiéter sur les secteurs d'autres médecins du travail. Mais les syndicats n'y étaient pas défavorables. Les élus CHSCT sont assez démunis car ils ne sont pas formés à la psychopathologie du travail. Ces cellules les soulagent d'une prise en charge qu'ils ne sont pas capables de faire.

RÉFLEXIONS AUTOUR DES CAS

- Les syndicats se font souvent manipuler par la direction, ils ont pu signer pour des dispositifs décidés par les employeurs, mais ils se sont pas rendus compte que derrière il y avait du repérage des cas fragiles.
- Comme médecins du travail on n'est pas responsables de toutes les « saloperies » que font les entreprises par rapport aux RPS. Par contre on a nos propres responsabilités. On a raison de défendre le principe de mise en responsabilité du médecin qui ne respecte pas son cadre d'exercice. Par rapport à un suicide advenu, on se met à la disposition de la famille qui doit pouvoir accéder aux traces du dossier médical individuel en tant qu'ayant droit pour comprendre, et on porte des questions sur le plan collectif côté travail.
- Tout ce qui se passe dans le service de médecine du travail engage la responsabilité du médecin du travail. Il faut la confrontation des points de vue entre pairs pour déployer ses responsabilités professionnelles dans ces contextes bien souvent inédits dans l'expérience concrète du médecin du travail. Exemple des groupes de pairs (GAPEP), où on instruit le cas clinique à plusieurs.
- Participer ou non aux groupes RPS mis en place par les directions ? Jamais de discussion sur les cas individuels, jamais de caution d'une pratique préventive de l'entreprise, garder un positionnement médical et non de gestion des ressources humaines, partir quand on est en désaccord éthique.