

DE L'AGRÈMENT À LA DÉMARCHE DE PROGRÈS - VERS L'ACCRÉDITATION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Congrès ass. SMT du 5 décembre 2010

Jocelyne MACHEFER, médecin du travail

DÉVELOPPER DES STRATÉGIES QUELS RISQUES LIÉS AUX LABELLISATIONS DE L'H.A.S ?

Introduction de D. Huez : l'accréditation est empêchement de penser les pratiques, en raison de la prescription d'un cadre sans intégrer le sens des pratiques professionnelles réelles. Faut-il craindre l'arrivée de l'accréditation dans les services de santé au travail ?

LA PROBLÉMATIQUE

Elle peut être abordée par la notion de différence entre travail prescrit/travail réel. La conséquence de l'accréditation est le poids qu'elle exerce sur l'indépendance professionnelle, dans le déploiement de la pratique. Dans un premier temps, on est seul face l'accréditation qui s'impose par injonction aboutissant à un état de subordination individuelle. Il est alors illusoire de se défendre seul ! Il faut, bien au contraire, une concertation entre collègues pour adopter une position commune.

Exemple : la démarche de qualité fixe le fonctionnement et une gamme en dehors du réel. Vient alors le jugement par rapport à une attente de résultat individuel. L'accréditation construit le masque pour ne pas montrer le réel et imposer une façade qui n'est pas le travail. Chacun, face à l'occultation du processus de travail, doit assumer les contradictions. Face aux difficultés et à l'accusation : « *Vous ne suivez pas la gamme* », il faut retourner la problématique : « *Nous n'avons pas les moyens de faire correctement notre travail* ».

Actuellement, la ligne officielle de la DGT est le maintien de l'agrément des services. Au 5 décembre 2010, le Sénat a supprimé le projet d'article L.4622-10 : « *Les missions des services de santé au travail sont précisées, sans préjudice des missions générales prévues à l'article L. 4622-2 et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu entre le service d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régiona-*

les de santé. Ce contrat fixe également les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. À cet effet, ces services échangent toutes informations utiles au succès de ces actions de prévention à l'exclusion des informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail. »

Toutefois, qu'advient-il de l'article L.4622-12 ? « *Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein d'une Commission de projet, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service. Le projet est soumis à l'approbation du Conseil d'administration. Le projet s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.4622-10. »*

ACTUELLEMENT

Une seule accréditation existe et concerne les médecins du travail de centrales nucléaires, *NF EN ISO/CEI 17025 Septembre 2005 : Exigences générales concernant la compétence des laboratoires d'étalonnages et d'essais*. La COFRAC, pour les SST du nucléaire, a pour tâche de vérifier la technique anthropogammamétrie imposée par des normes. L'état confie les tâches de vérification des techniques employées, techniques élaborées à partir de normes. L'AFNOR, organisme de normalisation français, théorise les normes. La COFRAC, dans le nucléaire, les vérifie pour le compte de l'État qui à travers l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) délivrera un agrément pour employer une mesure anthropogammamétrie dans un SST réputé indépendant parce que lui-même agréé par la Dirrecte. Notons que la direction d'EDF a tout fait généralement pour ne pas reconnaître le statut d'examen médical de la mesure anthropogammamétrie. Et que l'État ne bouge pas, protégé ou aveuglé par le processus d'accréditation alors bien opportun. Faut-il craindre l'arrivée de nouvelles normes sur le marché et leur reprise par l'état pour une application plus générale ? Celui-ci, pour laisser déployer une activité, pour habiliter, s'appuie sur un système d'accréditation.

SOMMES-NOUS PROTÉGÉS PAR L'HAS ?

L'HAS est entrée en écriture. Après le dossier médical, ce fut

la norme de suivi des exposés à l'amiante (Scanner : oui/non). D'autres thèmes sont en cours d'écriture (dix). Faut-il craindre, avec le dossier médical, une « machinerie s'approchant progressivement de l'organisationnel » ? Un écrit sur la priorisation des visites médicales ? Faut-il craindre que l'HAS confie la vérification de l'application de la norme à la COFRAC, ou à un autre organisme de contrôle ? Selon C. SCHUCHT, la démarche de progrès s'impose déjà aux non médicaux avec des indicateurs pour une évaluation de la qualité au risque d'une division de perception qualitative des non médecins/médecins. Agrément et accréditation : l'un n'annule pas l'autre et peut conduire à une politique d'agrément fictive.

F. JEGOU pose la question des indicateurs acceptables ou non acceptables, en référence à l'éthique. D. HUEZ s'interroge sur l'arrivée des normes dans le domaine médical. B. DE LABRUSSE assure que ça commence à émerger.

Pour D. HUEZ, un vrai système d'accréditation est, aujourd'hui, un « manuel qualité » à neuf paragraphes défini par des normes. À la base, n'est considéré comme « le travail » que le contenu du « manuel qualité ». Or, le système qualité est terrifiant à plus d'un titre :

- Il génère des vérifications.
- Celles -ci ne peuvent fonctionner qu'à partir d'indicateurs.
- Plus les indicateurs sont détaillés et plus le surcroît de travail consacré à les renseigner est envahissant. Plus ils sont généraux et plus ils figent le regard sur des problématiques latérales, secondaires, vides de sens.
- Ils ne reflètent pas la partie technique intelligente que peut apporter l'HAS., comme la norme HAS. du dossier médical.
- Il n'y a pas d'accord sans indicateurs quand d'autre part il faut des indicateurs qui puissent changer, en raison de la notion d'amélioration continue. Les fiches d'amélioration de la qualité ont pour objet de pointer les écarts par rapport au repère technique ou qualité. Si j'oublie de noter un indice ou si des documents sont égarés, l'audit Cofrac bute et s'interroge sur cette fiche non aboutie ; non fermée, en langage informatique.

Peut-on passer sa vie professionnelle dans ce modèle organisationnel ou peut-on en brider le fonctionnement ? La position de base des médecins du travail devrait être de s'opposer à ce modèle, contradictoire avec les écritures de l'HAS. auxquelles on ne pourra échapper.

Pour A. CARRÉ, la subversion est d'autant plus difficile qu'elle s'appuie sur une bureaucratie puissante. Lorsque les SST ont proposé la prime au nombre de fiches d'entreprises, on a pu résister. L'hôpital est traversé par des accréditations successives chronophages et à côté du travail. On y multiplie les réunions du personnel sans s'intéresser au contenu du travail. L'indicateur, par lui-même, ferme la porte du réel. Pour A. CARRÉ, il ne faut pas participer à la définition des indicateurs car en voulant « donner » du côté du réel, on aboutira à des indicateurs de plus en plus envahissants et lourds à gérer.

D. HUEZ ne propose pas mais pose la question, indépendamment des normes organisationnelles « mortelles », de la participation de l'association SMT à l'écriture des normes techniques de l'HAS, pour peser dans le débat. Il rappelle que le lobby de l'amiante tenta d'influencer l'HAS sur le suivi post-professionnel des sujets exposés. Il évoque le projet de l'état de supprimer décret et arrêtés définissant les pratiques de médecine du travail, pour en sortir. Avec des approches différentes : les décrets spéciaux vont passer par des normes HAS. Or, les systèmes accréditants prennent pour bases uniquement ce qui est écrit (indicateurs), indépendamment de ce qui peut exister vraiment, notamment en terme de difficultés dans le travail. À l'hôpital, si un résultat est mauvais, on modifierait l'indicateur pour une bonne correspondance avec l'attente de résultat !

B. DE LABRUSSE rappelle que pour les CARSSAT, le nombre de visites médicales de pré-reprise est un bon indicateur de maintien dans l'emploi, ce qui, pour un médecin du travail, est évidemment inapproprié. Il rappelle que dans la démarche de progrès en santé (DPS) de l'AFOMETRA, au chapitre six, on trouve une norme de contenu de la fiche d'entreprise ; il existe aussi une norme sur le transfert du dossier médical.

P. ABECASSIS évoque les indicateurs bidon produits par le médecin du travail comme le rapport technique annuel. Le ministère l'utilise pour remplir ses cases. Le médecin inspecteur en tire un au sort sur dix pour en faire la saisie. Le D^r LARCHE-MOCHÉL, chef de service de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, négocie une saisie informatique des rapports annuels qui ne passerait plus par les médecins inspecteurs.

G. SEITZ pose la question de l'origine des normes et signale qu'elles sont apparues avec la mise en concurrence, au ministère des finances et de l'industrie. Il s'interroge sur l'objectif des normes en santé/travail : la mise en concurrence des SST ? Selon lui, on ne peut échapper aux normes européennes qui nous font entrer dans un monde virtuel qui implose les SST. Il évoque les notions de prime au nombre de visites systématiques, au nombre de fiches d'entreprises, à l'origine de la division entre médecins du travail.

C. SCHUCHT remarque que les indicateurs et accréditations propres aux SST ne tiennent pas compte du rôle du généraliste ni de ce qui se passe dans les entreprises. Il rappelle que pour les inspecteurs du travail, l'indicateur sera le nombre de procès verbaux. Pour la justice, ce sera le nombre de PV, d'affaires classées ou pas par le substitut ou le procureur. On fixe, selon lui, la qualité des éléments de la chaîne, indépendamment de la transversalité des activités.

O. RIQUET remarque que le rapport annuel donne une idée de l'écart entre le prescrit et le réel. Elle observe que dans les hôpitaux, l'indicateur de consommation hydroalcoolique ne révèle en rien la difficulté à faire le travail. Le nombre de sujets exposés au risque de TMS annoncé dans le rapport annuel est-il vraiment rigoureux, se demande P. ABECASSIS ?

A. CARRÉ aborde la notion d'évaluation des pratiques et de référentiel des pratiques et se demande s'il est possible d'introduire des règles de métier avec les référentiels HAS.

D. HUEZ rappelle les principales normes ISO internationales éditées par l'AFNOR : 9000, 14001, 18001, 26000... Les normes techniques sont accrochées aux normes organisationnelles. Des normes techniques, voire hyper-techniques sont en écriture comme sur le dépistage du cancer de la vessie ou de l'ethmoïde. Nous n'avons pas de temps à y consacrer. Par contre, il faudrait se centrer sur les pratiques professionnelles où seuls, les universitaires pensent avoir réponse à tout. Il faudrait intervenir, peser sur les débats concernant la veille médicale et les risques psycho-sociaux. Sinon, d'autres vont le faire pour nous, avec des risques de voir apparaître des « formules » comme par exemple : « *Le suicide augmente avec la durée de l'arrêt de travail* » !

C. SCHUCHT se demande ce qu'il en est des autres professions médicales. D. HUEZ répond que du côté de l'UNAFORMEC, on oublie le travail. Par exemple, si une norme doit être élaborée pour le suivi d'une HTA, elle ne prévoit pas l'approche des conditions de travail.

P. ABÉCASSIS revient sur la confusion qui entoure des notions comme : normes, bonnes pratiques, consensus à titre indicatif donc non contraignant dont font partie les recommandations HAS.

D. HUEZ approuve les repères professionnels et rappelle que c'est ce que l'ont fait, l'association SMT participant ainsi à l'élaboration de règles de métier. Or, l'HAS, qui s'appuie sur des connaissances scientifiques et des repères professionnels, les croise aussi avec l'intérêt économique ! Ces normes HAS sont reprises par les Agences Régionales de Santé. E-Pairs a permis de peser sur l'expertise bibliographique en amenant la pratique dans le débat.

A. GROSSETÊTE rappelle l'enjeu entre normes et bonnes pratiques : les médecins du travail ont essayé des repères professionnels pour ne pas réduire le métier à une appréciation des risques et pour maintenir le travail comme repère de réflexion ; pour ne pas appliquer des algorithmes hors pensée ; en amenant le vécu subjectif du travail.

Pour D. HUEZ, 80 % des médecins du travail savent que le réel ne passe pas par ces normes et s'appuient sur des repères professionnels. Mais on ne résistera, face à la stupidité, que par un travail intelligent. Toute la difficulté est d'élaborer notamment le sens des difficultés professionnelles.

Quelle suite donner à cette ébauche de réflexion ?

- Lister les travaux de l'HAS et repérer ceux qui sont à notre portée.
- Revoir la définition de Certification, Accréditation, Agrément, Repères, Recommandations. Qui gère ces concepts ?
- Repères entre pairs : s'appuyer sur les travaux de *E-Pairs*. Comment écrire les repères professionnels ? Les synthèses ne sont pas faites.
- Une réflexion peut être menée sur la façon dont l'HAS finit par élaborer un dossier médical correct, face à l'accréditation vide de toute pensée élaborée.
- S'opposer à une préoccupation sur la notion de qualité serait vain. Il faut subvertir la problématique de la démarche qualité sans s'y attaquer de front. À l'hôpital, le débat sur la qualité des soins en gériatrie met en évidence, par exemple : c'est nourrir les personnes sans mouliner l'aliment, c'est laver correctement le résidant. Or, les professionnels de l'hôpital qui désiraient faire un travail de meilleure qualité se voient complètement desservis par les normes.
- L'aptitude doit-elle être maintenue ? ou ne devrait-on pas plutôt instruire le lien santé/travail ? C'est notre spécificité et cette approche pourrait aussi être utilisée pour mettre en évidence notre travail et nos propres difficultés à faire notre travail. Le point de résistance semble bien être le métier et c'est là que doit être puisée notre capacité à résister à ce qui ne correspond plus à nos règles de métier.