

CHRONIQUE DE LA DISPARITION SYMBOLIQUE DES MÉDECINS DU TRAVAIL DANS UN SERVICE INTERENTREPRISES

Le saccage lié à la réforme 2011 mené par une direction sans projet

D^r Madeleine FOURVIÈRE, médecin du travail

La réforme de 2011 de la médecine du travail a introduit des changements très importants dans l'organisation des services et des missions. Ces changements ont été à l'origine de réorganisations ayant un impact direct sur le métier de médecin du travail. Des imprécisions dans les textes auraient pu laisser des marges de manœuvre créatives aux acteurs des services de santé au travail pour inventer une nouvelle façon de travailler, il en est surtout résulté une grande confusion. Confusion pour la direction, confusion pour les médecins, confusion pour les employeurs et pour les salariés. Trois ans après, l'application de la réforme n'a pas encore pu être entièrement effective, et finalement, de nouvelles directives sont écrites. La description de la déstructuration rapide du métier de médecin du travail permet la réflexion sur les conséquences sur la surveillance médicale réelle des salariés et sur la prévention en milieu de travail.

LA PÉRIODE DE TRANSITION MALENTENDU ET CONFUSION

Après la renumérotation du Code du travail pour le « simplifier », la réforme de 2011 est venue amplifier la confusion autour de l'organisation du métier de médecin du travail et des règles en terme de surveillance médicale. Si on devait schématiser, cette réforme prévoyait d'entourer chaque médecin du travail d'une équipe, sur un modèle d'organisation faisant penser au

modèle hospitalier : un médecin et des paramédicaux pour une salle d'hospitalisation. Les infirmières font trois fois le tour du service alors que le médecin fait la visite le matin, les autres prodiguent des soins au chevet des malades. Il s'agissait de développer ce modèle au service de chaque effectif attribué à chaque médecin.

Un malentendu s'est instauré sur le terme « équipe pluridisciplinaire ». Certains ont compris que chaque médecin allait diriger sa propre équipe, comme dans le modèle hospitalier, d'autres raisonnaient en « secteur géographique » avec une équipe de médecins et des paramédicaux (IPRP compris) partagés. De son côté, la direction de notre service voyant l'équipe médicale élargie à tous les médecins et tous les paramédicaux du service, il suffisait pour elle de continuer simplement de répartir les effectifs de salariés sur les médecins.

Le service avait déjà embauché des IPRP de compétence différente, il paraissait évident à tous que chaque médecin pouvait faire appel à l'un ou à l'autre en fonction de ses qualifications (ergonomie, amiante, toxicologie, psychologie du travail...), ce qui n'était pas compatible avec une répartition des IPRP par secteur et encore moins par médecin.

Il a donc paru intéressant au début de laisser une équipe d'IPRP constituée, moyennant une régulation

de la charge de travail. Malheureusement un glissement s'est d'ailleurs rapidement produit vers une « régulation des demandes » et le manque d'indépendance des IPRP pour leur intervention en entreprise rendait leur intervention compromise sans l'accord de l'entreprise, même en présence des médecins. Cet aménagement était déjà une incohérence par rapport aux textes et il a généré des désaccords importants entre les médecins d'une part et entre les médecins et les IPRP d'autre part.

D'un autre côté, la réforme introduisait **un autre malentendu au sujet des « assistantes des services de santé au travail »** alors que cela nommait une réalité de deux métiers différents dans ce service. En effet, depuis quelques années, devant la réforme, certains services avaient formés en santé au travail des assistantes médicales (notamment avec le CNAM pour apprendre l'évaluation des risques et leur prévention), elles vont dans les entreprises et contribuent à la rédaction de la fiche d'entreprise, elles peuvent remettre des plaquettes de prévention, organiser des petites séances d'information sur les principaux risques, à la demande des médecins du travail. Elles étaient coordonnées en lien avec les IPRP, c'est-à-dire collectivement au service des médecins et ne faisant pas spécialement partie d'une « équipe » ou d'une autre, ce qui semblait logique et utile à tous.

Parallèlement, chaque médecin travaillait déjà avec une assistante pour la gestion des dossiers, des rendez-vous et des relations avec les entreprises et les salariés (courrier, téléphone et courriel). Ces métiers étaient bien distincts, mais la réforme n'en a fait qu'un. Cette confusion a généré des discussions pour savoir ce que devenait les deux métiers, mais cette question est réellement devenue cruciale quand il s'est agi de savoir comment constituer la Commission médicotechnique (CMT) !

La réforme a modifié la composition et la fonction de la CMT, laissant l'ensemble du service perplexe sur son fonctionnement. Alors que la CMT était un lieu de discussion entre la direction et les médecins sur les moyens nécessaires pour remplir les missions, la nouvelle composition rend très minoritaires les médecins, ce qui est un amoindrissement très important de leur place dans le service. L'ambiance a rapidement été très délétère, les médecins tentant de défendre leur place, des IPRP et des ASST aussi, d'autres dans une troisième direction, et la CMT a mis deux ans à s'adapter à ce que la réforme semblait prévoir, dans la confusion...

L'arrivée de personnel infirmier a intrigué la direction : leur métier en santé au travail était peu connu et leur charge de travail était difficile à évaluer. La direction a

donc décidé de l'évaluer, individuellement. Chaque infirmière a dû répondre à un *reporting* serré de chaque journée de travail. Les écarts pouvaient être importants d'une infirmière à une autre en fonction de ce que chaque médecin pouvait déléguer, en fonction de la confiance qu'il lui accordait et en fonction du niveau de compétence. Cela a généré alors une surveillance encore plus étroite de la direction qui s'est immiscée dans le travail des infirmières. Celles-ci se sont retrouvées alors en conflit de loyauté devant à la fois répondre aux exigences d'un employeur et à celles des deux médecins avec lesquels elles travaillaient. Leur fiche de poste était déjà rigoureuse et chargée avec la réalisation du dossier médical, l'entretien lui-même, des examens complémentaires, la saisie sur le logiciel. Des tâches auraient pu être déléguées aux assistantes médicales mais cela aurait eu un impact sur la charge des assistantes, (dont il a d'ailleurs assez peu été question en dehors d'une prime). D'autres tâches liées au tiers temps du médecin ont aussi été déléguées aux infirmières (présence au CHSCT, étude de poste...) de manière plus ou moins consensuelle dans le service, comme prévu dans les textes de la réforme.

La frilosité à l'embauche des infirmières a été également un frein important à la mise en place des « équipes médicales » qui auraient pu alors mettre en place des protocoles pour les entretiens médico-professionnels et un suivi clinique des salariés. Certains médecins retraités restés dans le service pour faire des visites (y compris celles d'autres médecins du travail « pour leur rendre service » ! où à la demande d'employeurs insistants) ont limité les besoins d'embauche des infirmières, et finalement, la direction a décidé de créer des équipes médicales avec un mi-temps infirmier pour un certain nombre de médecins — mais pas tous ? Le travail d'un médecin avec une infirmière à **temps plein** était justifié, d'autant que partager l'emploi du temps d'une infirmière rend complexe le travail du médecin, mais également celui de l'infirmière qui doit jongler avec un emploi du temps morcelé et dispersé sur le territoire.

Parallèlement, la **question de la formation des infirmières** a été abrégée et un certain nombre de médecins se sont retrouvés à former eux-mêmes leurs infirmières pour pouvoir leur déléguer des tâches, ce qui a été loin de leur faire gagner le temps escompté dès le début. En réalité, ils n'ont pas gagné de temps du tout puisqu'ils ont dû aussi subir une augmentation arbitraire du nombre de salariés attribués de 2 000 (ils se retrouvent donc à la tête d'un secteur de 5 500 salariés), ils ont dû prévoir des temps de réunion avec l'infirmière, l'assistante médicale et d'autres avec l'autre « équipe médicale » qui se partageait l'infirmière, pour

plus de cohérence. Finalement, ces « équipes médicales » constituées avaient des débuts difficiles... et comme les médecins du service avaient des fonctionnements différents selon qu'ils travaillaient ou non avec une infirmière, cela a continué à diviser les membres du service, et surtout le collectif médical.

L'attribution du financement des examens complémentaires à la charge des services a été déstabilisant pour le fonctionnement du service puisque la direction se demandait comment faire face à ce type de dépenses – sans trop savoir en estimer le volume – mais également sur le plan de l'indépendance des médecins du travail puisqu'insidieusement, la pertinence de ces examens complémentaires a petit à petit été discutée. Même au sein du collectif médical, de nouvelles questions se sont alors posées pour normaliser les pratiques, pour contribuer aux « économies » au motif de les « rationaliser »... mettant au travail un certain nombre de médecins sur des questions de gestion complètement étrangères à leurs missions et même à leurs compétences. D'ailleurs, il était de plus en plus question du budget du service : problème matériels non résolus, diminution drastique de la formation des médecins...

L'étroitesse des locaux existants a rapidement été une difficulté pour appliquer la réforme puisque l'organisation prévoyait des bureaux pour les binômes (médecin/assistante) mais pas pour un travail en équipe avec des infirmières, des IPRP, des salles de réunions. La réorganisation nécessitait alors des projets immobiliers tenant compte de cette réforme. Au motif de la création des nouveaux locaux, du recrutement des IDE et de la charge liée aux examens complémentaires, il n'a plus été question de recruter de nouvelles infirmières.

LA CRISE DE CONFIANCE

Dès la publication du décret d'application de la réforme en 2012, notre service interentreprises s'est remonté les manches : le défi est de taille puisque le **renouvellement de l'agrément du service** devait avoir lieu en mars 2013. En octobre 2012, une nouvelle Commission medicotechnique a été élue mais avec une composition qui ne diffère pas beaucoup de la précédente. La rédaction du projet de service a dû se faire dans l'urgence et d'ailleurs dès la première réunion de la nouvelle CMT, il nous est proposé un projet déjà rédigé par la direction « pour gagner du temps ». Différents aller-retour entre les médecins dans les secteurs géographiques et la CMT ont fait évoluer le projet de service, les discussions portant sur chaque mot, la tour-

nure des phrases pour la rédaction du projet final. Ce travail colossal s'est ajouté à nos journées de travail bien remplies, mais il a contribué à rendre concrète la réforme qui inquiète encore la plupart d'entre nous. Finalement, le projet est devenu définitif, chacune a pu être plutôt fier du travail accompli au bout de trois mois : c'était un projet collectif, qui reflétait notre métier et qui constituait une bonne feuille de route pour les cinq ans. Le Conseil d'administration et la Commission de contrôle ont donc voté ce projet à l'unanimité.

Mais trois mois plus tard, nous avons découvert que le projet adressé à la DIRECCTE n'était pas le projet que nous avions rédigé. Les pages avaient été rédigées autrement, la mise en page avait changé, le maintien dans l'emploi saccagé. Le premier projet a finalement été ré-adressé à la DIRECCTE pour le dossier de demande d'agrément, mais au prix d'un conflit complexe entre la direction et les médecins, et d'une crise de confiance. Et l'agrément a été délivré sur ce projet. Comment penser ensuite la place des médecins dans le service ? Comment penser que tout le travail fourni n'a pas été donné à perte et n'a plus aucun sens ? Comment penser une quelconque contribution à un projet collectif comme utile ? Cet événement grave a bien évidemment ébranlé le service de manière forte et entraîné le désengagement d'un certain nombre de médecins — ce qui, du point de vue de la direction pouvait être considéré comme réussi !

Juste après, un **cabinet de conseil est intervenu dans le service pour aider à l'évaluation des risques psychosociaux**, et aider à la transition liée à la réforme. Il a écouté les inquiétudes de chacun, il a tenté sincèrement de comprendre les enjeux des missions et de la réforme, il a contribué à ce que les débats aient lieu, même si cela venait heurter nos réactions défensives. Autant le dire aussi, il a remué la boue, mais il n'avait pour sa propre mission pas les mêmes enjeux de pouvoir que ceux d'un collectif professionnel, ni même celui de la direction. Même s'il aurait été naïf d'imaginer que les préconisations du cabinet conseil soient suivies d'effet, le centre des conflits et des non-dits ont pu avancer. Un « responsable des équipes pluridisciplinaires » est venu remplacer le médecin coordonnateur. Prenant son rôle à cœur, le médecin qui est arrivé, a été perçu rapidement comme un directeur médical (le rôle qui lui était donné de manière implicite) et il a vite déchanté... dans tout ce projet, d'ailleurs, nous n'avons pas du tout vu notre propre médecin du travail, ce qui, symboliquement dans pareille situation, est particulièrement intéressant... tout comme dans le film *De bon matin* où le médecin du travail est totalement absent.

LA CRISE DU MONDE DU TRAVAIL

Cette crise intense dans le service a eu lieu dans un monde du travail en crise – d'autres utilisent même le terme de guerre ! –, c'est-à-dire que les médecins sont témoins de la violence du monde du travail — mais ils en reçoivent aussi sans trop en parler. Ils vivent des violences au téléphone, dès qu'il y a un désaccord avec un employeur sur une fiche, un courrier, un rendez-vous donné ou non donné ; ils vivent des violences verbales lors de leurs déplacements en entreprise prenant alors la mesure de la colère des uns contre la crise, contre le gouvernement, contre les lois, contre les difficultés... et leurs inquiétudes des autres exprimées avec violence. Autre exemple de manifestation de violence : l'un des médecins du service a reçu l'une de ses fiches d'entreprise en retour corrigée en rouge.

Ces situations empêchent une relation de conseil qui fait partie du métier, puisque sans dialogue, le médecin transforme son activité en une activité seulement basée sur les écrits, perçus alors comme une menace et non comme un service. Cela met alors le médecin dans une situation parfois encore plus conflictuelle.

Dans cette situation, pour éviter de mécontenter les « adhérents/employeurs », la direction ne soutient pas les médecins, même avec un projet de service qui fixait un cap validé par le Conseil d'administration du service, même avec un agrément récent. Elle préfère avoir une vision « clientéliste », ou peut-être seulement corporatiste.

Du côté des salariés, une confusion s'installe puisqu'ils voient que les médecins ne font plus les visites médicales tous les ans, ni tous les deux ans maintenant, ils rapportent que les médecins ne font plus les radios, ne viennent plus en camion... et finissent par ne voir que ce que les médecins ne font plus et ne sont pas loin de penser que, donc « *la médecine du travail ne fait rien* ».

CONCLUSION

Face à l'arrivée d'une nouvelle réforme, même si nous ne l'avons pas soutenue, nous avons eu cru que les équipes pluridisciplinaires pouvaient être mises en place et améliorer la prise en charge des salariés et contribuer à la prévention en entreprise. Nous avons eu envie de rêver mais le ciel s'est rapidement assombri dans notre service. La CMT est devenu un organe dont plus personne ne sait ni comment il fonctionne ni même à quoi il sert. Les activités sont morcelées, jusqu'à l'écœurement où plus personne ne sait où est sa place. Nous, médecins du travail, nous avons été divisés par cette réforme, par nos conditions de travail divergentes, par l'embolisation de nos emplois du temps entre réunions diverses et surcharge, et finalement dans des luttes de pouvoir internes, ou des oppositions très coûteuses au lieu de penser notre travail collectivement.

Dans un service qui a fait croire à l'application de la réforme, les changements sont lents, mais surtout les projets sont toujours remis en question après un certain nombre de concertations ou de travaux collectifs. Et pendant que le service tente de comprendre la réforme et expliquer les changements aux entreprises, il laisse penser qu'il ne fait pas son travail. Parallèlement, les changements dans les pratiques sont en train de se construire, mais il est difficile d'y trouver du sens quand les consultations périodiques ne peuvent avoir lieu que tous les... quatre ans ! Comment faire cette clinique médicale en consultation quand nous avons finalement un peu perdu de vue le salarié ?

Après trois ans de travail de réorganisation, et de pédagogie, comment penser l'absurde de la nouvelle réforme qui vient encore tout changer ?