

# NOUVELLES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

**Compte-rendu du Congrès de l'Association SMT du 24 novembre 2018**

**Rapporteurs : Karyne CHABERT, Benoit DE LABRUSSE**

La discussion porte sur le texte proposé par Bernadette Berneron : « *Augmentation du nombre de visites à la demande, quelques exemples de pratiques du médecin du travail* ».

Dans ce texte, les cas concrets illustrent la clinique médicale du travail, les chiffres donnés illustrent une pratique clinique. Ils montrent une autre forme de suivi clinique qui délaisse le suivi périodique et se concentre sur des secteurs particuliers notamment :

- ♦ Le suivi post professionnel.
- ♦ Les attestations collectives.
- ♦ La CMT (Commission Médico Technique).
- ♦ Les situations médico-administratives inexplicables.

Elle montre la surcharge médico-professionnelle et définit ses priorités :

- ♦ La veille médicale.
- ♦ La coopération avec l'infirmière dans l'équipe médicale basée sur la confiance réciproque.
- ♦ Le médecin du travail endosse la responsabilité de l'équipe médicale et pluridisciplinaire (IPRP).
- ♦ L'alerte collective écrite.

Le texte de Bernadette Berneron ouvre des horizons en montrant les pratiques de construction de la coopération avec l'IST (infirmière en santé au travail). Aussi ne devrait-il pas y avoir dans nos contrats de travail, une clause prévoyant, un staff d'échange hebdomadaire avec l'IST ?

Ce texte laisse à voir la construction de l'invisibilisation des risques professionnels et de leurs effets. Il est courageux et montre à voir la réalité du changement

d'exercice de la médecine du travail, bien qu'un sentiment d'usure apparaisse.

Il jette le doute sur les capacités d'action du médecin du travail en décrivant comme seule solution l'accompagnement du salarié à la sortie (de la situation de travail engendrant la souffrance)

Sur le supposé désenchantement dans l'écrit de Bernadette Berneron :

Ne serait ce pas une attitude défensive, puisqu'elle tient sur des positions essentielles. Notamment sur la rédaction des CMI (Certificat Médical Initial) de MP (Maladie Professionnelle) ?

Puisque les préconisations d'aménagement de poste de travail ne permettent pas de changer les conditions de travail, les questions posées sont « Comment le médecin du travail peut-il changer le monde du travail ? Qu'est ce que l'on sauvegarde de notre champ d'action ? Quelles valeurs tenir ? ».

## **TÉMOIGNAGES SUR LES PRATIQUES DE MÉDECINS DU TRAVAIL (BTP, HOSPITALIER, ETC.)**

### *DANS LE BTP*

Le recul de l'âge de la retraite à 62 ans, augmente le travail au noir - on trouve même des salariés de plus de 65 ans -, ce qui aggrave le vieillissement de la population qui est usée mentalement et physiquement. Face à cette perte des capacités, le médecin du travail, en accord avec le salarié, tente des préconisations d'aménagement de poste de travail. Mais ces restrictions entraînent une stigmatisation par les collègues. Aussi le médecin du travail a tendance à diminuer ses préconisations

Ce que les salariés pensent des médecins du travail, c'est l'apocalypse : la pratique de beaucoup de médecins du travail n'est pas défendable.

Face à l'objectif à conserver « La santé des salariés », le risque est :

- ♦ L'épuisement dans le temps.
- ♦ L'isolement du médecin du travail de ses collègues de travail qui ont renoncé à leurs valeurs face aux pressions des directions pour une prestation de service en santé/sécurité auprès des entreprises.

Du fait de la surcharge de travail les échanges de pratiques avec les collègues de travail sont devenus impossibles. Cela contribue à l'effondrement de la construction de règles collectives de travail.

#### *DANS LA FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT*

Ma pratique d'alerte sur risques collectifs provoque des réactions épidermiques de la hiérarchie dans une institution où la pratique antérieure des médecins du travail n'était pas celle de faire des analyses collectives (en partie par manque de temps médical, par turn-over des médecins du travail et par divergence de la pratique professionnelle...). Dans une structure où les responsabilités hiérarchiques sont déléguées et diluées (le directeur régional est responsable des conditions de travail mais délègue sa responsabilité au directeur d'unité concernant l'organisation de travail par exemple), dans un contexte où l'unité de travail comprend des salariés rémunérés par des employeurs différents il est particulièrement aisé, pour l'interlocuteur, de critiquer la forme de l'alerte plutôt que de se saisir du fond pour faire évoluer les situations à risque.

#### *DANS UNE ENTREPRISE DE TRANSPORTS PUBLICS*

Lors des préconisations sur la fiche de visite médicale il est demandé d'identifier les échanges avec l'employeur et de dater l'étude de poste. Or la notion d'« étude de poste » n'a pas de définition légale et le Médecin Inspecteur Régional du Travail valide l'absence de nécessité de se rendre sur le lieu de travail

La disparition de la notion d'aptitude, pour une partie des salariés (sans SIR [Suivi Individuel Intérêt Renforcé]) comme dans la Fonction publique, permet de se concentrer sur les conditions de travail.

Dans les comptes rendus de GAPEP (Groupe d'Analyse des Pratiques) les médecins du travail évoquent le refus non argumenté, non écrit, de l'employeur, aux demandes d'aménagement des postes de travail. Le médecin du travail se trouve alors fort démuni et n'a d'autre solution que de proposer une inaptitude au salarié.

Dans l'art L.226-2-1(1) il est suggéré que le médecin du travail se prononce sur l'impossibilité de reclassement du salarié (« *Tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.* »). Cette formulation n'est elle pas une substitution de la responsabilité du non reclassement de l'employeur vers le médecin du travail ?

#### *DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE*

Il se pose le problème du choix du travail de nuit par le personnel hospitalier : c'est d'abord un choix social qui fait l'impasse sur les conséquences sur la santé. Aussi est-il important d'instruire la question du travail de nuit, de tracer cette décision dans le DMST (Dossier Médical de Santé au Travail).

Dans la FPH (Fonction Publique Hospitalière) j'ai pu remarquer qu'il y a parfois de vraies superpositions entre le rôle du médecin du travail et le rôle du médecin agréé. Il arrive que l'avis du médecin agréé concerne non seulement l'aptitude aux fonctions mais aussi l'aptitude au poste. Et encore : il arrive très souvent que le médecin agréé réinterprète comme inaptitude, l'aptitude avec restrictions délivré par le médecin du travail (ex : le médecin du travail délivre « Apte avec restrictions » et le médecin agréé écrit « Les restrictions délivrées par le médecin de prévention entraînent une inaptitude temporaire au poste »). Cela engendre pas mal de soucis d'interprétation pour l'employeur et pour l'agent concerné.

#### **RAPPORT LECOQ(2)**

**L**e rapport LECOQ fait l'impasse sur le tiers temps du médecin du travail. Il construit l'invisibilité des risques du travail :

- ♦ En abolissant le lien de « coordination » avec les

.....  
**1- Article L.1226-2-1** : « *Lorsqu'il est impossible à l'employeur de proposer un autre emploi au salarié, il lui fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à son reclassement.*

*L'employeur ne peut rompre le contrat de travail que s'il justifie soit de son impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues à l'article L.1226-2, soit du refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions, soit de la mention expresse dans l'avis du médecin du travail que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.*

*L'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi, dans les conditions prévues à l'article L.1226-2, en prenant en compte l'avis et les indications du médecin du travail.*

*S'il prononce le licenciement, l'employeur respecte la procédure applicable au licenciement pour motif personnel prévue au chapitre II du titre III du présent livre. »*

**2- Lien vers le rapport LECOQ** [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport\\_de\\_mme\\_charlotte\\_lecocq\\_sur\\_la\\_sante\\_au\\_travail\\_-\\_28.08.2018.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/08/rapport_de_mme_charlotte_lecocq_sur_la_sante_au_travail_-_28.08.2018.pdf)

IPRP sous la dépendance hiérarchique des directions des SSTIE (Services de Santé au Travail Inter-entreprises).

- ◆ En éloignant le médecin du travail du milieu de travail.
- ◆ En n'accordant pas aux infirmières un statut protecteur leur permettant de résister aux injonctions directoriales.
- ◆ En faisant disparaître la fiche d'entreprise (FE), il ne permet plus l'alerte collective.

Dans ce rapport, l'expression « santé au travail » se substitue à « altération de la santé du fait du travail ». Ce glissement de vocabulaire a un sens.

### **LES MOYENS D'ALERTE (FE, ALERTE, RAPPORT MÉDICAL...)**

**À** la tentation de renoncement, les médecins du travail ont des moyens de résistance et peuvent subvertir l'impasse où on veut les conduire.

Contre le mensonge et la manipulation managériale :

- ◆ le parler vrai dans les consultations et les instances collectives,
- ◆ la mise en visibilité de ce qui serait maintenu dans l'invisibilité concernant les risques et leurs effets,
- ◆ l'action guidée par le seul intérêt de la santé du ou de la salarié(e).

Le rapport médical annuel peut servir à la veille médicale. L'accompagnement inter compréhensif utilisant la métis(3) est possible.

.....  
3- La **métis** ou l'intelligence rusée. En grec ancien littéralement « le conseil, la ruse ») c'est une stratégie de rapport aux autres et à la nature reposant sur la « ruse de l'intelligence ».

La **métis** déjoue les imprévus de la vie en s'y adaptant : elle « fait avec » les propriétés du contexte, en les utilisant comme des atouts, plutôt que de lutter contre.

La **métis** se préoccupe surtout de l'efficacité et prend des libertés, ou se montre impertinente, avec les règles et avec les lois

Le travail vivant, c'est ce qui permet de surmonter le réel. Il se déploie sous diverses formes. C'est l'intelligence au travail, qui fait face à l'inconnu, à l'inédit. C'est la **métis**, l'intelligence rusée. (Christophe Dejours)

La **métis** permet de saisir les opportunités les plus insaisissables ; elle parvient, après bien des détours et des raccourcis, à intervenir au moment et à l'endroit les plus opportuns ;

**Parrèsia** (mot grec formé sur le pronom *pan* (tout) et le verbe *rein* (dire) et qu'on peut traduire par « dire-vrai » ou « franc-parler ») Ou bien : **Parrhèsia**, figure de rhétorique par laquelle on s'excuse de parler ainsi, comme dire, par exemple, « passez-moi l'expression ».

Parole de franchise, opposée aux arabesques de la flatterie et aux subtilités rhétoriques. Parole droite et directe. La **parrhèsia** est une certaine parole de vérité, un dire-vrai qui ne relève ni d'une stratégie de démonstration, ni d'un art de la persuasion, ni d'une pédagogie. Il y a **parrhèsia** quand un dire-vrai ouvre pour celui qui l'énonce un espace de risque.

La veille individuelle permet l'alerte collective Elle peut être transcrite dans la FE (Fiche d'entreprise) ce qui lui donne du sens.

Oui mais cette alerte collective peut toujours être lancée selon les modalités de l'article L.4624-9 du Code du travail(4). Et cela peut être plus efficace que par la FE.

L'écrit médical, support de l'action du médecin du travail, suppose le renoncement à la dématérialisation qu'est l'informatisation.

Au-delà de la forme administrative, FE ou Alerte, la question n'est elle pas de produire un document ayant du sens ?

L'alerte collective nécessite des moyens d'investigation, pas seulement sur la clinique médicale, mais aussi des observations de terrain or le médecin du travail, par les lois de réforme successives, est éloigné du terrain.

Dans l'alerte collective deux points importants :

- ◆ Identifier le responsable du risque professionnel.
- ◆ Importance de communiquer le document d'alerte à des tiers tels que le CHS-CT et l'inspecteur du travail.

Dans l'article L.4624-9 sur l'alerte, le chapitre II évoque l'initiative de l'alerte collective par l'employeur qui donne une obligation au médecin du travail de lui fournir des préconisations. C'est un moyen de se dédouaner et de se retourner contre le médecin du travail utilisé par certains employeurs, notamment lors de déclarations de maladies professionnelles, « *Je n'étais pas au courant du risque, le médecin du travail ne m'a pas prévenu.* »

En cas de risque de faible gravité le signalement utilise des mots différents de ceux de l'alerte. Il faut être créatif pour, si on ne parle pas encore de risque important pour la santé des travailleurs, faire savoir qu'ici, l'accumulation de facteurs de risques aux multiples consé-

.....  
4- **Article L4624-9** : « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.*

*L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.*

*II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L.4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.*

*III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'agent de contrôle de l'inspection du travail mentionné à l'article L.8112-1, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L.4643-1.* »

quences fonctionnelles, soulève l'inquiétude du médecin du travail qui connaît ces conditions de travail et a connaissance de l'évolution dans le temps de la santé d'une partie des salariés.

Il s'agit de « banaliser » les alertes collectives pour les petits risques en en faisant un moyen de veille sanitaire des situations à risque potentiel pour la santé pour en faire un outil de prévention primaire en transformant le travail. Faire des « alertes molles » si l'on peut dire a alors un fort potentiel préventif.