

# LES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL

## « LE CONTRAIRE DE UN »<sup>(1)</sup>

**Alain CARRÉ**

.....  
1- L'expression est le titre d'un recueil de nouvelles d'Erri DE LUCA : « Deux n'est pas le double mais le contraire de un, de sa solitude. Deux est alliance, fil double qui n'est pas cassé. »

### LA MISSION ET LES PRATIQUES : RAPPEL

Dans le cadre d'une obligation de moyens, la mission de prévention primaire confiée au médecin du travail est « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »<sup>(1)</sup>.

Cette mission est liée aux obligations régaliennes énoncées par le 11<sup>e</sup> alinéa du préambule de la Constitution qui garantit à toutes et tous la protection de la santé.

On remarquera que cette mission est distincte des objectifs fixés aux entreprises d'éviter toute atteinte à la santé dans le cadre d'une obligation de mise en place des moyens de prévention efficaces.

Classiquement, trois pratiques sont liées à la mission du médecin du travail :

- ◆ Repérer dans l'entreprise les dangers et les risques pouvant altérer la santé ainsi que leur évolution et identifier les travailleurs et travailleuses concernés.
- ◆ Mettre en place une veille médicale des liens entre la santé et le travail en rapport avec les dangers repérés et les travailleurs et travailleuses concernés.
- ◆ Alerter sur les dangers et les risques d'altération de la santé, leurs évolutions et les résultats de la veille médicale.

.....  
1- Article L.4622-1 du Code du travail

Seul le déroulement chronologique de ces étapes permet d'accomplir la mission et sont constitutives de ses moyens.

Chacune de ces pratiques est encadrée par le Code du travail. Ces pratiques possèdent un volet individuel et un volet collectif.

C'est, en effet, l'aller et retour constant entre l'individuel et le collectif, ce que le médecin saisit du travail et du travailler, lors des visites cliniques individuelles, et ce qu'il peut constater lors des réunions notamment des CSE et CSSCT, ou encore ce qu'il observe sur les lieux de travail qui permettent de construire une image opératoire des postes de travail, c'est-à-dire le moyen d'exercer les pratiques consubstantielles à sa mission et d'approcher le travail réel en dépassant le travail prescrit pour accéder à une véritable prévention primaire.

Bien évidemment, pour exercer, il lui faut comme pour toute activité médicale au préalable avoir la confiance de ses patientes et patients, les travailleuses et les travailleurs : pas de confiance, pas d'approche possible de la réalité du travail.

Le Code du travail décline les pratiques liées à cette mission.

Ainsi, sans être exhaustif :

- ◆ Le contenu de la visite médicale comporte une in-

formation à chaque travailleuse et chaque travailleur sur les risques de son poste de travail(2).

- ◆ Le dossier médical récapitule les risques auquel le salarié ou la salariée a été soumis(3).
- ◆ Le médecin du travail met en place une surveillance post exposition(4).
- ◆ Le médecin est autorisé à pratiquer les examens complémentaires afin de dépister les atteintes professionnelles à la santé(5) et a le devoir déontologique d'aider les victimes à accéder à leurs droits(6).
- ◆ À la fin de la carrière du travailleur ou de la travailleuse il récapitule les expositions professionnelles et conseille la mise en place et la nature d'un suivi post-professionnel(7).

Mais aussi :

- ◆ Il doit consacrer un tiers de son temps à des investigations en milieu de travail.
- ◆ Il peut être assisté dans ces activités par le personnel paramédical et par des intervenants en prévention des risques professionnels dans les SPSTI.
- ◆ Il doit signaler formellement collectivement ces risques non seulement à l'employeur mais aux représentants des salariés et également à l'inspection du travail et aux CARSAT(8).

Dans un cadre d'exercice, l'entreprise, ou la santé au travail est une variable d'ajustement du profit, une caractéristique essentielle du métier est que c'est un métier politique, au sens où il s'exerce dans un lieu social. C'est, par conséquent, un exercice médical qui sort de la relation duale médecin-patient complétée par celle, plus difficile, d'intervention dans une communauté dans laquelle s'expriment des intérêts antagonistes.

Parfois, lorsqu'un accord survient entre les employeurs et les représentants des salariés, le médecin du travail doit, néanmoins, car porteur de la prévention primaire, en signaler les dangers pour la santé. Au-delà des accords en toile peinte, telle la qualité de vie au travail (QVT), simple ravalement d'un management toxique, certaines dispositions sont directement néfastes, telles, par exemple, les postes en deux fois douze heures de la fonction publique hospitalière, qui ont pour objet principal de fuir le travail devenu insupportable.

.....

2— Articles R.4624-11 et R.4624-24 du CDT

3— Article L.4624-8 du CDT

4— Article L.4624-2-1 du CDT

5— Article R.4624-35 du CDT

6— Article R.4127-50 du CSP

7— Article L.4624-2-1 du CDT

8— Article L.4624-9 du CDT

Récemment, grâce à l'alibi de la pandémie, la mise en place du télétravail, même s'il permet de fuir le lieu de travail, met fin à toute échange collectif, laisse chaque travailleuse ou chaque travailleur individualisé, et mis en demeure de recentrer son activité vers le travail prescrit sans marge de manœuvre.

C'est pourquoi, notamment dans ces situations où la santé au travail pourtant en péril est rétrogradée en second plan, et en ayant toujours en perspective sa mission et l'intérêt de chacune et de chacun de ses patients, c'est à l'intelligence rusée, la mètis des anciens, que le médecin du travail doit avoir recours. La compréhension des rapports de force, la capacité à les faire évoluer est une part importante du métier.

Ainsi, la formation au métier est bien loin de donner au futur médecin du travail toutes les compétences qu'il ou elle doit posséder.

La formation en cardiologie est confiée à des cardiologues. Que l'exercice se déroule en ville ou à l'hôpital, c'est la clinique cardiologique qu'on y enseigne.

Or, la médecine du travail s'enseigne dans des services de pathologies professionnelles et bien que des stages complètent l'enseignement théorique, les responsables de ces services, qui valident les capacités à exercer, n'ont pas ou peu exercé le métier.

Leur compétence, tout à fait remarquable, concerne les pathologies professionnelles et est plus lacunaire en ce qui concerne la clinique médicale du travail. Il est donc paradoxal que leur influence, quasi exclusive, s'exerce sur la profession sans contrepoids des praticiens de terrain.

### **LE CONTEXTE DÉFAVORABLE DE L'EXERCICE EN MÉDECINE DU TRAVAIL**

**L'**entreprise est un monde sans pitié. Ce travers a été accentué depuis la mise en place d'un management néolibéral implacable.

Celui-ci repose sur des techniques qui ont pour objectif l'individualisation des salariés, l'intensification de leur travail, l'arrêt de leur pensée critique par l'intériorisation des objectifs du management.

L'inflation des souffrances physiques, psychiques et sociales témoignent de la nocivité mais aussi de l'efficacité et des redoutables conséquences sociales de ce système.

Même si des îlots ou des personnes résistent, il faut constater que souvent l'individualisme a remplacé la solidarité, la violence a remplacé le dialogue, le mépris et la haine de l'autre, la compassion, les objectifs personnels et la volonté de puissance le souci des communs. Partout l'adrénaline supplante la dopamine.

Individualisation, intensification et intériorisation n'ont pas épargné les médecins du travail.

C'est l'impuissance de ce corps professionnel que, sans désespérer, l'État et le patronat se sont employés à construire méthodiquement depuis le début du siècle.

Le programme est fixé dès 1988(9). Le médecin du travail a « *choisi le monde de la rentabilité et du profit. (...) Partenaire essentiel du management et de la productivité de l'entreprise. (...) un des principaux objectifs de son rôle. (...) Il l'atteindra en créant une véritable religion de l'aptitude.* »

Parallèlement le patronat va s'efforcer de créer une « *médecine du travail sans les médecins* »(10). Il faut dissuader les étudiants de se diriger vers cet internat de spécialité en rendant l'exercice de plus en plus difficile voire impossible.

Les moyens de l'exercice vont être de plus en plus dégradés notamment en renforçant le pouvoir des employeurs sur les institutions. Ne plus pouvoir remplir ses missions va générer de la honte chez celles et ceux qui exercent le métier.

Comme cela ne suffisait pas, il faut instiller la peur dans l'exercice. Une réforme du Code de la santé publique donne la possibilité, par l'ajout d'un simple terme, aux employeurs de poursuivre les médecins du travail devant le Conseil de l'Ordre des médecins, complice, par conviction ou par ignorance, de la manœuvre. Le Conseil d'État accompagne le procédé.

L'État jouant les pompiers pyromanes, sous prétexte de pénurie de praticiens, va, au moins à trois reprises, aggraver la situation : la loi « *travail* », la suppression des CHSCT, la loi « *pour renforcer la prévention en santé au travail* » vont rendre quasi impossible l'exercice de la mission. Le médecin du travail, déjà menacé par la peur et la honte, est placé en injonction paradoxale : inflation de la question de l'inaptitude au travail (rebaptisée prévention de la désinsertion professionnelle), au détriment de la prévention, augmentation des responsabilités dans une situation de diminution des moyens.

Deux recommandations de la Société française de médecine du travail (SFMT) sont particulièrement significatives des stratégies mises en œuvre.

On remarquera, au passage, que, parmi les auteurs et autrices, figure un médecin-conseil de l'association *Présance*, organisme représentatif des Services de Préven-

.....

9- J. LORiot, « La médecine du travail et l'Europe », *Le Concours Médical*, 21 mai 1988

10- Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix* N°91 : <https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm>

tion et de Santé au Travail Interentreprises de France, ce qui pose la question des éventuels conflits d'intérêt.

Une première recommandation, sur laquelle nous avons publié un précédent article, qui traite de « l'état des lieux » des expositions professionnelles que doit remettre le médecin du travail à la future ou au futur retraité, décourage cette rédaction en instillant la peur, au motif que la rédaction de cet état des lieux pourrait être un prétexte donné à l'employeur pour poursuivre le médecin du travail devant le Conseil de l'Ordre des médecins.

### **AU CŒUR DES PRATIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL : LES COOPÉRATIONS, « LE CONTRAIRE DE UN »**

#### *LES CONDITIONS DE LA COOPÉRATION*(11)

Étymologiquement coopérer consiste à « agir ensemble ». Ce n'est pas l'addition d'actions individuelles mais bien la mise en œuvre d'une action collective.

Cela ne s'improvise pas mais naît d'une réflexion commune entre professionnels aux compétences différentes mais dans le respect de chacune des parties.

Il ne peut y avoir de coopération sans la confiance qui repose sur le respect de l'indépendance de chacun et chacune des participants.

*« La confiance engage autant qu'elle promet : c'est sur cette réciprocité que la relation de confiance entre les êtres humains se structure. » La relation de confiance dans le travail implique la réciprocité, l'échange, le partage et la reconnaissance mutuelle participant ainsi au développement de la dimension psychosociale.*

*La confiance entre les membres d'une équipe est l'élément indispensable pour atteindre les objectifs du travail. La confiance est un construit pour agir ensemble, élaboré dans le temps et toujours relativement à ce avec quoi elle interagit : confiance en soi, confiance en l'autre, confiance dans le système. Elle se construit dans l'échange, dans les actes quand il y a un socle de valeurs communes partagées et exige généralement une certaine durée pour se développer et devenir solide. La confiance en l'autre doit être envisagée comme une relation de confiance, l'un et l'autre étant engagés dans des enjeux de confiance réciproques. Mais cette relation de confiance a des limites : elle n'existe pas pour elle-même, dans une seule visée psychologique, affective ou morale, elle est liée à un objet, un but, une situation : la confiance est un construit pour agir ensemble selon des finalités partagées. La coopération est son intention, la coordination sa méthode. En retour,*

.....

11- La partie en italique est tirée du *Cahier SMT N°30* : « La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC » ; 7<sup>e</sup> colloque E-PAIRS du 5 juin 2015, en partenariat avec A-SMT et SNPST

*l'action réalisée en équipe renforce la confiance, participant ainsi à la construction de la relation professionnelle... ou à sa déconstruction si l'action visée n'est pas atteinte. Faire confiance, c'est remettre quelque chose à quelqu'un dans un cadre partagé qui peut comprendre des objectifs de travail, des valeurs, une éthique et des règles. Faire confiance implique également de prendre un risque : le risque de se tromper. Mais faire confiance ne suffit pas, il faut aussi gagner la confiance. Faire confiance relève de la mise en œuvre d'un agir particulier. Dans le travail, il s'agira d'un agir professionnel. Gagner la confiance vise à bénéficier de la confiance de l'autre parce qu'elle compte pour celui qui la revendique. Là aussi, gagner la confiance relève d'un engagement, d'un agir particulier comme dans l'enjeu de faire confiance. La relation de confiance se construit donc suivant un double enjeu : faire et gagner la confiance. Cette relation engage à une réciprocité entre celui qui l'accorde et celui qui la reçoit. L'épreuve de la confiance accordée passe par le rapport entre le faire et le dire et par la réalité de travail. »*

*LES COOPÉRATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE DE SANTÉ AU TRAVAIL*

Elles s'exercent au sein d'un SPST interentreprises entre intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), infirmiers et infirmières du travail et médecins du travail.

Rappelons, en effet, que dans un SPST autonome, vis-à-vis des experts désignés par l'employeur (article 7 de la directive européenne), il ne s'agit pas pour le médecin de coopérer mais de « se coordonner » ce qui relève d'une relation différente(12).

Ces coopérations dans les SPSTI ont été notablement perturbées par les dispositions de la loi « *Prévention et santé au travail* », du fait de l'orientation par les SPST des actions des IPRP vers les objectifs réglementaires de prévention imposés aux employeurs, ce qui éloignent les IPRP de la prévention primaire médicale

Ces coopérations entre membres de l'équipe médicale et IPRP portent exclusivement sur des éléments de clinique collective c'est-à-dire sur l'étude des conditions de travail et des postes. En effet l'aménagement individuel du poste de travail impliquerait dans une certaine mesure de faire connaître à l'IPRP des éléments qui relèvent du secret médical.

Il n'est pas impossible, comme pour les assistants et assistantes, que ces éléments soient confiés avec prudence dans une relation de confiance. Toutefois cette entorse à la règle engage la responsabilité exclusive du médecin et ou de l'infirmier ou infirmière.

.....  
12- Article L.4622-4 du Code du travail

*LES COOPÉRATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE MÉDICALE DU TRAVAIL*

Une deuxième recommandation, récente, de la SFMT, concerne les nouvelles dispositions réglementaires qui permettraient aux infirmiers et infirmières de se prononcer sur des aménagements de postes ou des dispositions d'aptitude, en substitution du médecin.

Alors qu'elle justifie l'utilité de ces dispositions par la pénurie de médecins du travail, ce qui est peu élogieux pour les compétences des infirmiers et infirmières, ravalées au rôle de « bouée de sauvetage », cette recommandation rabaisse les relations professionnelles entre médecins et personnel paramédical à un rôle de substitution.

Cela est particulièrement démonstratif de l'ignorance sur la nature coopérative des compétences, lesquelles reposent notamment sur la complémentarité de la clinique infirmière en santé au travail des IDEST et de la clinique médicale en santé au travail des médecins du travail(13).

Cette question a été traitée de façon coordonnée et exhaustive avec l'aide de l'association SMT(14).

Nous conseillons à toutes et à tous de se référer à ces travaux.

Nous estimons que ces coopérations sont essentielles notamment en matière de clinique médicale individuelle.

Un patient ou une patiente ne s'exprime pas sur sa santé et son travail, qu'il s'agisse de faits objectifs ou subjectifs, de la même manière vis-à-vis d'un infirmier ou d'une infirmière ou vis-à-vis d'un médecin.

Au sein de l'équipe médicale, chacun est responsable pour ce qui le concerne. Les échanges sont licites. Ces échanges sont souvent informels, mais il faudrait les rendre plus formels par exemple en développant la prise de note des infirmières et des infirmiers dans le dossier médical, et en instituant des réunions d'échanges régulières.

Ce qui se construit ici n'est pas l'addition de deux regards mais un regard commun dans l'intérêt des travailleurs et des travailleuses concernées.

Cette synthèse où participent clinique médicale et clinique infirmière est particulièrement riche, notamment

.....  
13- Remarque : Une recommandation de substitution se devrait de pousser la logique réglementaire à son aboutissement. En effet si les IDEST se substituent aux médecins en matière d'aptitude, il faut alors que le législateur leur confère, comme pour le médecin, le statut de salarié protégé.

14- *Cahier SMT N°30* : « La coopération médecin et infirmier en santé au travail et le DPC » ; 7<sup>e</sup> colloque *E-PAIRS* du 5 juin 2015, en partenariat avec *A-SMT* et *SNPST* : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-30/Cahier-30.pdf>



en matière d'adaptation du poste de travail. Elle repose sur la vision partagée du lien indissoluble entre abord clinique individuel et collectif, entre objectivité et vécu subjectif, entre travail prescrit et travail réel.

C'est cette recherche de synthèse entre membres de l'équipe médicale qui doit être à l'origine des protocoles et de la dévolution des visites médicales.

Ce n'est en aucun cas la substitution dans l'isolement mais bien la communauté dans le respect de la diversité des compétences et des regards qui naît de ces coopérations dans l'intérêt exclusif de la santé.

*LES COOPÉRATIONS ENTRE MÉDECINS DU TRAVAIL :  
CONSTRUIRE ENSEMBLE DES COMPÉTENCES ET DES PRATIQUES*

Du fait de ses responsabilités déontologiques chaque médecin du travail est, comme tout médecin, face à ses devoirs de praticien : l'exercice est individuel ainsi que la responsabilité. Cette individualisation ne doit pas, dans l'intérêt des patients, se transformer en isolement.

Les échanges entre pairs sur l'exercice et ses difficultés sont donc un facteur déterminant de salubrité pour le praticien mais aussi de maintien des compétences. C'est l'objet de la formation permanente et en général les contrats de travail le prévoit. C'est sur sa nature que portent les désaccords.

Exercer la médecine du travail est non seulement un exercice de médecine mais émerge à des domaines essentiels à la compréhension des situations et à celles de leur évolution : psychologie et souffrance au travail, ergonomie, toxicologie, droit du travail... les possibilités d'analyse sont nombreuses et souvent complémentaires.

Confronté à ces complexités, le regard des autres praticiens et la discussion entre eux sont précieux.

C'est une première motivation à coopérer entre médecins du travail : se rapprocher et échanger des compétences et des expériences pour enrichir des pratiques.

Ces échanges peuvent être intégrés, par exemple, dans des échanges à l'intérieur de groupes de parole dans le cadre d'associations de formation(15). Ils peuvent aussi émaner dans des SPSTI et SPSTA de l'action des délégués professionnels des médecins du travail(16) dont ce devrait être une des tâches essentielles. Une de leurs actions devrait être de desserrer l'étau de la quotidienneté et d'organiser des temps d'échange.

.....  
15- <http://www.e-pairs.org/>

16- Article R.4623-17 du CDT

L'objet de ces réunions entre pairs n'est pas seulement d'améliorer la qualité de la pratique individuelle mais doit constituer la base de pratiques et de synthèses collectives.

Des exemples sont particulièrement démonstratifs et montrent la possibilité de parvenir à une appréciation collective des risques(17).

Ainsi, dans le secteur de l'énergie, jusqu'en 2010, en s'appuyant sur des matrices emplois-expositions puis sur des groupes de travail, les médecins du travail, sous l'impulsion des médecins délégués professionnels, ont pu disposer de fiches de poste évolutives et d'un logiciel adapté permettant de faire le lien entre ces fiches et les situations individuelles des travailleuses et des travailleurs. Un changement de logiciel et un moindre engagement dans ces actions collectives ont eu raison de cette avancée.

Alors, comme la majorité de leurs pairs, confrontés à de nouvelles responsabilités de traçabilité individuelle des risques (suivi post-exposition, état des lieux post professionnel), chacune et chacun est individuellement démuni pour accomplir ce devoir déontologique (dire le risque) et réglementaire (donner accès à des droits). Il est alors à craindre que l'exercice ne se rabougrisse en sélection médicale de la main d'œuvre basée sur le repérage de prétendues « susceptibilités individuelles » ce qui constituerait la mise à mort d'un métier essentiel à l'exercice d'un droit constitutionnel à la protection de la santé au travail.

*SANS COOPÉRATION*

*L'EXERCICE DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL EST IMPOSSIBLE*

Comme il est de coutume de le dire dans notre association, à titre de boutade, « *les médecins du travail ne sont ni des zéros, ni des zorros* ».

Les précédents paragraphes ont mis en lumière l'intérêt pour les compétences et les pratiques du médecin du travail de mener des coopérations avec les membres des équipes et entre pairs.

Un autre aspect des coopérations impacte directement la nature politique de l'exercice du métier.

Rester isolé rend, dans ce domaine, l'exercice périlleux.

Comment, en effet, porter un discours « hérétique » de constat de risque et de prévention primaire, bien que parfaitement justifié, dans un contexte de rapport de force le plus souvent défavorable ?

Celles et ceux, et ils et elles sont nombreux dans notre association, qui ont pris position, un peu avant que

.....  
17- Ainsi par exemple les fiches de métiers de l'association *Bossons futés* : <http://www.bossons-fute.fr/>

l'évidence ne leur donne raison, savent le coût de leurs actions !

Les coopérations deviennent alors un indispensable moyen d'exercer.

Porter collectivement l'expression d'un nouveau risque, ses causes et sa nécessaire prévention, protège et confère pertinence à la pratique individuelle. Elle entraîne souvent l'appui des travailleurs et des travailleuses concernés, et fait basculer le rapport de force du côté de la prévention.

Sans cette action collective, dans cette situation, le médecin du travail est en difficulté.

L'exemple de *France Télécom* est particulièrement démonstratif de ce point de vue. Sans le constat collectif des médecins du travail, les suicides seraient encore imputés à des susceptibilités individuelles et ceux qui en sont à l'origine n'auraient pas eu à répondre de leur culpabilité.

Dans le secteur de l'énergie que nous évoquions plus haut le constat des risques, en 1976, liés à la présence d'amiante n'a pu être fait que grâce à l'action commune des médecins du travail de la production.

Alors que la notion de RPS était, dans ce secteur, un concept utilisé par les employeurs pour reporter sur les susceptibilités individuelles des salariés l'effet de l'organisation du travail, plusieurs enquêtes sur la souffrance au travail, dès 1991, demandées de façon itérative et coordonnée par les médecins du travail du secteur ont fait basculer la causalité des atteintes à la santé vers l'existence d'organisations du travail délétères(18).

Ainsi, il est ici démontré que les pratiques en médecine du travail sont le contraire de un.

Pas de médecine du travail sans pratiques collectives.

Car, les coopérations entre membres des équipes de santé au travail et entre médecins du travail ne sont pas seulement un moyen essentiel de l'exercice du métier mais bien la condition *sine qua non* de son existence.

.....  
**18** - Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN, « Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008) », Dans *Sociétés contemporaines* 2010/3 (n° 79), p. 121-143  
<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-3-page-121.htm>