

QUELLE PRATIQUE PROFESSIONNELLE POUR « SOIGNER LE LIEN SANTÉ-TRAVAIL » ?

Compte rendu de la Journée de Printemps de l'a-SMT, 18 mars 2023

Alain RANDON, rapporteur

Nous constatons que les médecins du travail n'ont plus les moyens en effectifs et en organisation de jouer le rôle qu'ils avaient jusqu'à présent. D'une façon générale il existe une dégradation des pratiques professionnelles dans le champ de la santé au travail, avec une perte des savoir-faire minimaux.

Ainsi chez certains médecins du travail : sur les conditions d'accueil des salariés, avec disparition de l'empathie, une absence d'engagement accentuée par le positionnement dissuasif du Conseil de l'Ordre des médecins sur la rédaction des certificats et des procédures intentées contre les confrères attestant du lien santé-travail.

Dans la relation avec les médecins traitants, eux même débordés, les difficultés de communication s'accroissent. La méconnaissance par ces derniers de la législation des maladies professionnelles, le retentissement de l'absence de prise en compte de leurs demandes de mi-temps thérapeutique du fait du refus de l'employeur sont les exemples les plus cités.

Dans la relation avec les CPAM, l'insuffisance des effectifs et de moyens de certaines caisses AT/MP se traduit par une absence de contacts et d'aide aux assurés. Par

ailleurs, les services administratifs AT/MP sont contraints par une législation pointilleuse dont la moindre défaillance est utilisée par les employeurs pour contester les décisions. Il en résulte, une rigidité dans l'application du traitement administratif des dossiers.

On peut aussi y voir l'influence du changement de gouvernance de la caisse par les organisations patronales.

Des pratiques alternatives se développent pour soutenir les salariés, hors du champ institutionnel, auxquelles participent des médecins du travail, principalement retraités. Nous citerons entre autres : la permanence Santé-Travail de la Bourse du travail de Paris, la Consultation du risque à Avignon, la consultation de suivi post-professionnel des IEG à la CCAS, les permanences de l'association Bernardino Ramazzini (www.associationramazzini.fr), les consultations Union Souffrance et Travail à Lyon.

LA PERTE DE L'ACCÈS AU TRAVAILLER

Les médecins du travail sont contraints de fonctionner dans l'urgence, dans des interventions de sauvegarde. L'irruption de la plainte et l'expression de la souffrance rendent difficile l'accès au travail et à une approche

par la clinique médicale du travail. Le médecin n'a plus de vision ni d'accès à des collectifs importants de travailleurs, les visites périodiques sont sous-traitées. Il ne leur est plus possible de se ressourcer ou de se caler avec l'action des CHS-CT depuis leur disparition. Les conditions de leur exercice actuel ne leur permettent plus d'accéder au travail des gens. Ce qui entraîne un effondrement des possibilités de déployer une clinique médicale individuelle au travail.

Devant ses évolutions réglementaires, deux thèses sont énoncées :

- ♦ Dans la première, nous serions dans l'aboutissement d'un projet politique, d'une mise en soumission du corps médical, afin de rendre invisible la question sociale collective du travail et de ses enjeux. Le médecin accompagnant le management de l'employeur ce qui le conduit à une pratique de sélection de la main d'œuvre.
- ♦ Dans la seconde thèse il s'agirait de détourner les médecins du travail de leur rôle initial, en euphémisant, invisibilisant toutes les avancées qui avaient eu lieu sur la compréhension du travail, les conséquences de son organisation et sur les risques potentiels des expositions professionnelles.

Détourner les médecins vers la santé publique, privilégier une prévention individuelle culpabilisante, pour garder en fin de compte l'apparence d'une activité médicale vide de sens.

LA COORDINATION AVEC LES IPRP

Le sujet avait déjà été abordé lors de précédentes réunions. L'on constate des pratiques différenciées selon les lieux d'exercice : SSTI, Service Autonome, Fonction Publique.

Si dans la fonction publique le service médical est indépendant du service de sécurité, il semble exister un respect des secteurs d'intervention de chacun, le médecin étant plus positionné sur l'approche médicale individuelle, le service d'Hygiène et Sécurité sur les aspects plus techniques de l'hygiène industrielle. Au niveau du CCST les IPRP se situent plus dans un positionnement de défense des positions de l'employeur, mais les représentants du personnel facilitent un ré-équilibre.

Au niveau des Services Autonomes, on distinguait les préventeurs de « premier niveau », intégrés au sein de l'équipe pluridisciplinaire et les autres IPRP intégrés au service d'Hygiène et de Sécurité, sous l'autorité de l'ingénieur de sécurité, à l'heure actuelle les premiers sont en voie de disparition. En fait, la notion d'équipe pluridisciplinaire est, dans la loi, limitée aux services de pré-

vention et de santé au travail interentreprises. Dans les services d'entreprise ce terme désigne l'ingérence des services de prévention et de sécurité de l'employeur dans le fonctionnement du SPST, l'équipe médicale étant sommée de « collaborer » à la gestion du risque du point de vue de l'employeur, par exemple dans des actions de prévention des risques individuels telles que la lutte contre les addictions. Rappelons que la réglementation parle de coordination (et non collaboration) du médecin du travail avec les autres acteurs de prévention dont le CSE.

Dans les services interentreprises l'état des lieux est variable selon les services. Des pratiques de coopération existent, dépendant de la personnalité des médecins et du mode de management du service.

La situation se dégrade du fait des conditions d'exercice des médecins avec l'inflation des effectifs à suivre, passage de 2 500 à 5 000 voire 10 000 salariés en quelques années.

L'IPRP se substitue au médecin, souvent sur la demande de ce dernier, pour l'analyse de postes, l'établissement des fiches d'entreprises. La pression des employeurs est de plus en plus forte sur les IPRP : objectif de quotas de réalisation de fiches de postes.

Pour certains médecins « surbookés » l'intérêt de ce mode de fonctionnement permet de « pénétrer dans des entreprises ou personne ne serait allé » mais doit s'accompagner d'un retour avec discussion afin de s'assurer que les risques éventuels ont été identifiés.

L'engagement du médecin est donc aussi un facteur important dans la mise en place d'une véritable coopération.

En simplifiant disons que la coopération était possible avec les IPRP qui se situaient du côté de la prévention des risques et impossible avec ceux qui étaient dans l'accompagnement de l'employeur dans la gestion des risques.

À l'origine l'IPRP était à l'intérieur de l'équipe pluridisciplinaire dans le même chapitre réglementaire que le médecin. **Mais les évolutions réglementaires actuelles l'ont fait changer de secteur : la spécificité des IPRP est, maintenant, de se consacrer à l'évaluation des risques dans le cadre des obligations de l'employeur en matière de santé et sécurité des salariés.**

La question du travail est devenue secondaire.

LA COORDINATION AVEC LES INFIRMIÈRES

La pratique de la coopération avec les infirmières est ancienne dans les services autonomes, au sein de

l'équipe médicale. Les exemples d'expériences passées montrent que la coopération fonctionnait bien à partir du moment où le cadre était bien défini, celui d'un service médical indépendant, d'un accord sur l'objet de leur mission et d'un échange régulier sur les pratiques.

Dans les SSTI, l'arrivée des infirmières est plus récente et les modes de fonctionnement divers. Souvent leur activité est partagée entre plusieurs médecins, certaines se retrouvaient isolées faute de médecin. L'accueil par les médecins du travail, montrait une certaine réticence à leur venue, car elle préfigurait la transformation du métier.

Des difficultés d'adaptation pouvaient exister également du fait d'une culture professionnelle marquée par leur formation au « prendre soin », le *care* ; et une absence de formation sur la spécificité de la médecine du travail.

L'évolution progressive de l'exercice médical, vécu de façon inéluctable, du fait du déclin démographique des médecins du travail en exercice, a amené certains d'entre nous, à anticiper en développant des pratiques coopératives : accompagnement dans la formation des infirmières : sur le terrain (études de poste, analyse des risques) et au cabinet médical (discussions autour de cas clinique individuel, délégations de tâches, accès à la traçabilité dans le dossier médical). Ce qui, avec le temps, a permis la création d'un climat de confiance au sein de l'équipe médicale.

Certes dans certains lieux des conflits médecins infirmières existaient : jugements de valeur, dysfonctionnement de collaboration, souvent instrumentalisés par les directions de service.

On peut interpréter ces conflits comme la confrontation entre deux systèmes de valeur incompatibles : d'une part celui traditionnel porté par le Code de la santé publique et les traditions de coopération entre les membres d'une équipe médicale mais aussi la prééminence de l'intérêt du patient et de sa santé et d'autre part celui du management gestionnaire économique de la ressource humaine au même titre que la ressource matérielle, d'où sa toxicité.

CHANGEMENT DE PARADIGME

L'évolution réglementaire entraîne un changement de paradigme. Le décret sur la formation des infirmiers en santé au travail, s'impose à l'employeur. Pour préciser, ce n'est pas une reconnaissance de pratiques avancées, mais une simple spécialisation en santé au travail, du métier d'infirmière.

En pratique dans leur exercice, les infirmiers vont se substituer presque en totalité à l'activité clinique des médecins.

La lecture de certains « protocoles de bonnes pratiques à l'usage des infirmiers en santé au travail », vingt pages, élaborés en service inter sont particulièrement explicites. Construits par les directions des services, avec l'aide de médecins (?), ils apparaissent comme une mise en subordination de ce que font les infirmières par rapport aux médecins.

Ils sont particulièrement contraignants pour les infirmiers, mais aussi pour les médecins, laissant peu de marges de manœuvre. La délégation de tâches impliquerait l'acceptation du protocole dans son ensemble par les deux parties.

Dans leur exercice, seuls les infirmier(ère)s auront accès à la clinique individuelle des salariés. **Les médecins du travail n'auront pas accès à cette « clinique », donc à la connaissance des salariés. Ce sera source de tension et de conflit dans l'équipe. Ils ne seront plus que de simples superviseurs.**

Ne leur restera-t-il qu'une activité de sélection médicale de la main d'œuvre ?

À PROPOS DU PROTOCOLE

La question est posée de savoir si dans le cadre de la coopération médecin/infirmier l'existence d'un protocole est déloyal ? Non, s'ils respectent certains principes.

- ♦ Le protocole ne doit pas être une prescription du management du service imposée au médecin et à l'infirmière.
- ♦ Le protocole doit pouvoir sécuriser l'infirmière dans sa pratique, et donc le médecin. Il doit être co-construit par le médecin et l'infirmière.
- ♦ Il doit énoncer des repères sur la pratique.
- ♦ Le protocole doit rester une zone de rencontre où chacun à sa place pour travailler sereinement.

QUELLES SONT LES CONDITIONS QUI POURRAIENT FACILITER LA COOPÉRATION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIERS ?

Dans l'ancien cadre de la médecine du travail, une fraction de la profession avait « subverti » les pratiques ce qui avait favorisé un certain nombre de coopérations, mais avec les modifications réglementaires, on constate un effondrement de ce qui avait été acquis dans une fraction de nos réseaux.

Quelles sont les conditions qui nous permettraient de reconstruire et développer ces coopérations ?

« Construire des coopérations, cela veut dire d'abord se mettre d'accord sur des valeurs communes, sur des fonctionnements communs ».

Il est rappelé l'importance de l'existence d'un cadre permettant de déployer une clinique médicale dans la confiance.

Celui de l'équipe médicale, avec un accord sur l'objectif commun de nos professions et le respect de nos obligations éthiques. Mais aussi avec la reconnaissance de la spécificité de nos métiers respectifs et de leurs contributions à la mise en œuvre commune.

Évidemment le médecin a la responsabilité de l'équipe médicale et il agit en connaissance de cause, **mais les principes de fonctionnement impliquent des coopérations à égalité.**

On remarque que l'approche du salarié au médecin, est différente de celle qu'il a avec l'infirmière. Les informations délivrées ne sont pas les mêmes, avec entre au-

tres raisons la question de l'aptitude qui reste un obstacle au développement de la confiance. Le croisement de ces données est donc nécessaire.

La délibération à partir des cas concrets, nécessite un temps suffisant pour les échanges. Ceci est un préalable afin de permettre la construction d'une conduite commune, pour aider un salarié en demande à accéder à son travail et à élaborer.

À partir de deux points de vue différents, la clinique médicale du travail du médecin et la clinique médicale de l'infirmière doivent converger, car elles ont pour même objectif d'aider le salarié à construire sa santé au travail, tout en respectant son choix.

Le concept de « soigner le lien Santé/Travail » permet de faire la liaison entre nos pratiques.