

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'ÉQUIPE MÉDICALE DANS LES PME-PMI

Compte rendu du congrès ass. S.M.T. du 07 - 08 décembre 1996

L'intitulé de ce débat, thème du prochain congrès de Médecine du Travail de Strasbourg a été négocié au dernier congrès, et a exclu d'emblée la direction des services médicaux interentreprises.

Intervenir dans les PME-PMI, voire les très petites entreprises (TPE) pour le médecin du travail, implique de laisser des traces écrites, nécessaires sur le plan médico-légal mais aussi pour mettre devant les responsabilités plutôt que mettre en accusation. Le recueil d'expériences pourrait faire l'objet d'un ouvrage.

L'inaptitude à tout poste de travail entraînant la perte d'emploi est une réalité à laquelle il n'est pas toujours possible d'échapper. Elle est toujours décidée en accord avec le salarié, qui trouve parfois surprenant d'avoir à attendre 15 jours, avant la décision définitive.

Le travail collectif en amont, avec les médecins-conseils, les assistantes sociales, les médecins généralistes, les EPSR, permet souvent le maintien dans l'entreprise avec l'aide des financements AGEFIPH. Vouloir assurer le suivi des salariés déclarés inaptes qui perdent leur emploi est tentant, tout comme vouloir assurer le suivi-post professionnel des salariés exposés à des cancérigènes mais il y a risque de dispersion du médecin du travail, qui sera occupé à des activités l'éloignant de ceux qui travaillent et du lieu de travail. L'action en amont, en prévention primaire, doit rester notre priorité. Il convient d'être prudent, car trop se disperser, c'est risquer de faire le jeu de ceux qui souhaitent remplacer sur le terrain le médecin du travail par des hygiénistes, des ergonomes, des assistantes sociales, etc. ; le médecin du travail restant dans le cabinet médical, pour assurer les examens cliniques. Pour certains professionnels, (assistantes sociales, ergonomes), il existe des règles professionnelles d'indépendance qui n'autorisent pas de lien de subordination au médecin du travail et il n'est pas du tout évident que des liens de subordination permettent d'éviter des conflits entre professionnels, dont les logiques sont différentes. Actuellement, le

médecin du travail est le seul qui engage sa responsabilité, il est également le seul dont l'indépendance est reconnue réglementairement.

Dans le modèle des « services de santé au travail », avec des équipes pluridisciplinaires, il y a tout lieu de penser que les effectifs déjà pléthoriques des médecins des services inter seraient encore augmentés. Le mode de calcul des cotisations (cotisations différenciées), les difficultés rencontrées dans les services pour faire admettre les SMS dans ce type de fonctionnement, montrent à l'évidence qu'il n'y a pas une volonté de donner aux médecins le temps nécessaire à leurs missions, mais plutôt une volonté de remplir une obligation réglementaire au coût minimal.

Le fonctionnement en réseaux et les pratiques coopératives sont depuis longtemps entrés dans les faits. Ils sont différents selon les lieux, le moment, les besoins et très évolutifs. Ils sont rarement formalisés et le plus souvent basés sur la confiance. Ce peut être un travail entre médecins sur des branches professionnelles ou un travail avec d'autres intervenants institutionnels (IT, CRAM). Dans certains services, dans le cadre de plan d'activité commun à plusieurs médecins, les médecins choisissent de se « spécialiser » dans un domaine théorique (amiante, radiations ionisantes, etc.) pour pouvoir répondre au coup par coup aux collègues.

Pouvoir faire appel à des spécialistes extérieurs (épidémiologistes, par ex.) pour aider les médecins du travail à formaliser et à valider les données du terrain est indispensable mais encore faut-il en trouver les financements et garder l'indépendance dans le choix des études à mener (c'est la pluridisciplinarité). Il convient d'éviter l'écueil de la participation à des recueils de données demandées par des spécialistes, le médecin du travail étant réduit au statut de collecteur de données en lien avec la santé mais sans lien avec la santé au travail (la médecine du travail diluée dans la santé publique).

Résumé par Annie Deveaux et Odile Riquet

Le Réseau « Paroles de médecins du travail sur la précarisation » regroupe 180 personnes et a constitué en son sein trois groupes de réflexion : précarisations et violences vécues par les femmes au travail, épidémiologie, intérim.

Équipe d'animation :

Président : Dominique Huez, Secrétaire : Michelle Prévost, Trésorière : Catherine Spitzer,

Coordination : Denise Parent, Autres membres : Nicolas Sandret/Fabienne Bardot/Alain Carré/Serge Opatowski

Nicole Lancien – coord. sous-groupe précarisations et violences vécues par les femmes au travail –

Francis Derriennic – coord. sous-groupe épidémiologie, relations entre précarisation du travail et santé –

Marie Pascual – coord. sous-groupe éthique professionnelle face aux textes sur les intérimaires.

La délégation de gestion est confiée à l'ass. SMT