

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL ET MÉDECINE DU TRAVAIL LA QUESTION DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

La directive du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 « concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail » prescrit de confier la prévention des risques du travail pour la santé à des « services de santé au travail ». Ce texte, si il fixe le cadre général de tels services, laisse une grande latitude aux états quant à la forme et au fonctionnement de ces structures. Toutefois cette directive impose des garanties d'indépendance pour tout spécialiste du champ de la santé au travail.

Certains employeurs, sans doute en référence au principe « qui paye, possède », considèrent les futurs services de santé au travail comme placés sous leur contrôle. La médecine du travail n'en serait plus qu'une des composantes. Par exemple, dans un de leurs projets, une partie de l'activité du médecin en milieu de travail serait dévolue à des techniciens sans statut réglementaire et sous la subordination exclusive de l'employeur. Cela aurait pour effet de contourner le statut réglementaire de la médecine du travail et l'affaiblirait immanquablement.

Or, dans notre pays c'est à des « services médicaux du travail » que le législateur s'appuyant sur un consensus social a confié le système de prévention des risques du travail pour la santé.

Confier la responsabilité de ces questions à un médecin déontologiquement indépendant est une garantie théorique de sa pertinence. L'existence, entre salarié et médecin, d'une relation de patient à médecin, institue la confiance indispensable au recueil d'éléments confidentiels qui seraient inaccessibles dans tout autre cadre institutionnel. De plus la communauté de travail est, en principe, assurée que la prévention sera l'objet d'une action bienveillante et exercée dans l'intérêt exclusif de la santé du salarié.

En réalité on sait que l'institution connaît actuellement des difficultés.

Certains employeurs ont en effet tendance à tirer la médecine du travail vers une gestion de la santé au profit exclusif de l'entreprise en la faisant dériver vers une « médecine d'entreprise » subordonnée et fonctionnant dans une perspective de sélection et de performance.

Dans une note d'orientation récente(1), prélude à une réforme, le ministère du Travail reconnaît l'insuffisance du contrôle qui devrait s'exercer sur la gestion de type commercial et comptable que les employeurs imposent généralement à la médecine du travail. Cette note constate également la dégradation de la qualité de la couverture des salariés ainsi que son application inégalitaire en particulier dans les PMI-PME. Le

ministère implique dans ces dysfonctionnements l'affaiblissement voire l'absence d'application effective du contrôle que les salariés devraient réglementairement assurer sur l'institution (dans le cadre du contrôle social des comités d'entreprise ou d'établissement et des commissions de contrôle mais aussi dans les CHSCT). Il signale également l'insuffisance des garanties d'indépendance pour les médecins du travail.

Sur les mêmes arguments, des médecins du travail regroupés en association(2) estiment que les employeurs ont fait la preuve de leur « inaptitude à promouvoir, coordonner, diriger la médecine du travail ». Ces médecins en concluent que la gestion de la médecine du travail doit être retirée aux employeurs d'autant que certains de ceux-ci abusent de ce privilège pour faire pression sur l'indépendance professionnelle des médecins.

Considérant que le droit à la santé est un droit constitutionnel et le droit à la santé au travail une garantie légale et constitue, par conséquent, une question d'ordre public, ils proposent que le service de santé au travail ait un support public et décentralisé. Ils se défendent de vouloir « nationaliser » le système de prévention de la santé au travail.

On peut en effet imaginer que ce service public soit assuré par les structures actuelles à condition toutefois que le contrôle social y soit effectif et rééquilibré et l'indépendance des médecins du travail renforcées. Ils proposent en fait de conserver les structures de base actuelles en le rattachant à un système d'agences publiques départementales, placées sous le contrôle des services extérieurs du ministère du Travail (directions du travail de l'emploi et de la formation professionnelle) et soumises également à contrôle social.

Ils estiment aussi que ce contrôle social, une des bases de la légitimité de leur exercice médical et générateurs des débats indispensables aux prises de décision dans le domaine de la prévention des risques pour la santé, doit être rééquilibré au profit de leurs patients, les salariés.

Ils réclament enfin des garanties supplémentaires d'indépendance s'appuyant sur un statut réglementaire et contractuel unique et homogène de médecin du travail.

Car, l'indépendance professionnelle des spécialistes du champ de la santé au travail est la condition préalable de l'efficacité d'un système de prévention des risques du travail pour la santé.

• • • • •

1 - Note d'orientation à l'attention du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur la réforme de la médecine du travail, Direction des relations du travail, juin 1998

2 - Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat, Association Santé et Médecine du Travail, Éditions SYROS, mai 1998.

La directive européenne en fait une exigence.

Le contexte du service de santé au travail impose une réflexion sur les moyens de l'assurer.

L'évolution des questions de santé au travail et leur complexité, leurs liens étroits avec l'organisation du travail actuelle rend nécessaire l'intervention des spécialistes du champ de la santé au travail autres que les médecins du travail. Le succès de ces services dépendra de la transformation de la multidisciplinarité actuelle encore balbutiante (action parallèle de différents spécialistes vers un même but), en une véritable pluridisciplinarité (action en coopération de différents spécialistes vers un but commun).

La question de l'indépendance professionnelle ne peut être disjointe du contexte de la pluridisciplinarité et par conséquent des coopérations qui y concourent et de la coordination qu'elle impose.

Coopérer c'est agir ensemble. Coordonner ce n'est pas ordonner ensemble, c'est ordonner un ensemble. De ces deux définitions découle la nature même des deux démarches.

Si coordonner peut se faire avec le consentement des individus qui font l'objet de la coordination et si celle-ci peut être l'objet d'un contrôle, cela peut être légitime.

Coopérer, agir ensemble, passe par une démarche volontaire, car l'efficacité de la coopération qui implique des coactivités en interaction est conditionnée par la confiance à l'intérieur du groupe. Comme le rappelle Chr. Dejours(3), la place de la confiance est centrale dans le travail.

C'est grâce à elle que se développent les conditions de la visibilité en particulier à l'égard d'autrui dans les rapports de parité. « *Il n'y a pas de collectif qui ne soit fondé sur la dynamique de la confiance entre les membres de ce collectif* ». C'est « *la condition sine qua non de la coordination et de la coopération* ». « *La confiance s'inscrit (...) dans une dynamique de suspension, de mise en latence des rapports de force* ». « *La confiance ne repose pas sur des ressorts psychologiques mais sur des ressorts éthiques* ».

Cette confiance repose donc sur le respect de l'autre : respect de son indépendance, accessibilité au déroulement de l'action, clarté sur les démarches et les résultats.

Elle naît aussi de la part de valeurs communes qui permettent d'agir dans la même direction. Il s'agit ici de créer une communauté de valeurs explicite ou implicite.

À l'intérieur d'un corps de professionnels, cette communauté de valeur s'organise autour des principes qui fondent la pratique. Mais aussi de façon pragmatique par ce qu'on sait des pratiques de l'autre et également dans l'action commune.

La communauté de valeur se construit ou se déconstruit également au cours de l'action de coopération elle-même. Si la méfiance apparaît, la coopération est compromise.

C'est en effet, au cours de l'action que se constituent les règles de métiers. Ces règles formelles et informelles construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif sont plus ou moins explicites dans leur formulation et or-

chestrent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le comment faire et comment faire ensemble.

L'action en coopération s'articule en partie autour de règles de métiers existantes et les nourrit en retour. Ces règles se fondent aussi sur des légitimités d'action qui relève de la morale professionnelle, la déontologie.

On constate combien la coopération professionnelle est complexe et fragile.

Nous faisons la différence entre coopération de tous les jours, de professionnels ayant à travailler ensemble habituellement et la coopération plus ponctuelle dans un but précis.

Autant dans le premier cas la confiance se constitue mais aussi se joue à chaque instant, autant dans le second une formalisation est souvent nécessaire

Cela impose qu'avant de coopérer puis au cours de l'action elle-même, une analyse des principes qui la fonde, de ses buts, de ses moyens soit entreprise.

L'enjeu est à la mesure des difficultés car il s'agit ici d'obtenir que le total soit supérieur à la somme des parties.

La coordination de professionnels ne peut se concevoir sans leur coopération, elle implique donc, pour le coordinateur éventuel d'avoir éclairci entre lui et les autres professionnels la question de l'action et de ses principes et d'accepter les bases sur laquelle se fondent la coopération.

Cette activité normative nécessite obligatoirement un « espace de discussion » c'est-à-dire un espace où peuvent être formulés librement et surtout publiquement des avis éventuellement contradictoires.

Le fait que ces démarches se construisent en milieu de travail impose également des garanties pour les salariés qui en sont les sujets. Le contrôle social en fait partie et de ce fait participe à l'indépendance professionnelle des spécialistes de ce champ. Le risque, comme nous l'avons évoqué plus haut en exposant certains projets des employeurs, est ici celui d'un détournement du système de prévention des risques du travail pour la santé vers des objectifs gestionnaires en utilisant des spécialistes dont l'indépendance serait contrainte par une subordination exclusive aux employeurs.

Un premier découpage du champ de la prévention au travail implique donc à ne pas faire de confusion entre champ de la prévention des risques pour la santé (service de santé au travail) et celui de la participation à la gestion de ces risques ou à leur arbitrage (par exemple, service de sécurité)(4). De graves méprises ont eu lieu dans ce domaine (service de médecine du travail intégré au service de sécurité par exemple). Un cadre réglementaire spécifique aux intervenants dans le domaine de la santé au travail doit donc être promulgué. Il est nécessaire d'y définir leur statut en précisant, en particulier, leur domaine d'intervention et leurs obligations en matière d'accès et de contrôle des salariés.

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

3 - Chr. Dejours, Le facteur humain, QSJ, PUF, 1995

4 - cf. Ph. Davezies, Revue Santé et Travail, n°21, p. 46.

Un second découpage concerne la nature des groupes sur lesquels porte l'étude pluridisciplinaire.

Deux situations sont alors à considérer : l'activité coopérative peut s'intéresser à une population particulière non située (par exemple celle des opérateurs de saisie sur écran) ou porter sur un groupe bien déterminé situé dans une communauté particulière (par exemple celle des opérateurs de saisie de l'entreprise Untel).

Seule la seconde démarche est évoquée avec précision par la note d'orientation du ministère du Travail du point de vue de l'indépendance des experts. Elle précise que les « experts seront embauchés et travailleront sous la responsabilité des médecins du travail ». Cette orientation confirme que le rôle de coordination des services de santé au travail serait confié au médecin du travail.

Cela confère théoriquement à ces services les garanties déontologiques et d'indépendance de l'exercice médical. En pratique, on connaît les pressions que subissent les médecins du travail.

La légitimité de cette coordination par le médecin repose sur la composante individuelle de son activité médicale qui traite des éléments de la santé en référence à une collectivité de travail. Elle est aussi fondée sur les processus de contrôle social, pour un groupe de salariés identifié. Il faut à ce sujet rappeler, car on a observé des transgressions, que le véritable contrôle social ne s'exerce pas sur des institutions mais uniquement sur des pratiques individuelles.

Ainsi c'est en particulier dans le cadre des CHST et, de façon plus formalisée, dans le plan annuel d'activité en milieu de travail, que le médecin, s'appuyant sur des observations faisant appel soit à une clinique particulière, soit à des premières investigations en milieu de travail, va éclairer les débats sur les questions de santé au travail en apportant son témoignage et proposer des démarches d'investigation complémentaires.

Nous avons examiné plus haut les principes fondateurs d'une coordination efficace. Elle est aux antipodes d'une mise sous subordination technique. L'article 68 du code de déontologie médicale impose à tout médecin de respecter l'indépendance professionnelle des membres des professions de santé. N'est-il pas directement transposable à cette situation ?

Devant le contrôle social le médecin du travail aura donc la responsabilité de la proposition des actions coopératives et de leur coordination lorsqu'elles ont pour sujet un groupe de salariés appartenant à son secteur. Il répond en outre personnellement de son activité de médecin du travail.

Dans le même esprit et pour concourir à leur indépendance, à partir du moment où les experts sont intégrés en permanence au service de santé au travail il serait approprié que leur activité technique personnelle soit contrôlée socialement dans des formes semblables.

La situation est plus complexe pour une pluridisciplinarité s'exerçant sur une population non située précisément (par exemple, étude dans le cadre d'un réseau de santé publique) car en fait cette population est la résultante de groupes de salariés identifiés.

Le médecin du travail ne peut donc répondre devant le contrôle social dont il relève que de sa responsabilité personnelle par rapport à la collectivité de travail et celle des études sur la santé au travail qu'il coordonne. Il ne peut répondre de la totalité de l'étude. Il y a ici un déficit de contrôle social.

C'est pourquoi, dans l'esprit de l'article 13 du décret n° 88-1198 du 28 septembre 1988(5), le conventionnement de l'étude par son coordonnateur scientifique dans le cadre du contrôle social de chaque groupe identifié de salariés paraît être indispensable.

Si cette étude se déroulait dans un cadre départemental le contrôle social existant à ce niveau (éventuellement dans le cadre de l'agence départementale de médecine du travail) devrait y être associé. On peut imaginer que ce contrôle soit confié dans le cas d'une étude régionale ou nationale à des structures du type des Commissions régionales de médecine du travail ou du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

Y a-t'il volonté politique des responsables de construire une véritable prévention des risques du travail pour la santé reposant sur un contrôle social équitable, des services de santé au travail bien gérés et des spécialistes professionnellement indépendants construisant des coopérations en réseau ?

Là où il y a une volonté, il y a un passage, dit-on. La volonté sera donc mesurée à l'aune du résultat.

*Alain Carré
Dominique Huez*

● ● ● ● ● ● ● ●

5 - opus cité, p. 36