

CONSULTATION MÉDICO-PROFESSIONNELLE ET SANTÉ PUBLIQUE

**Compte rendu des débats
de la Journée de Printemps du 19 mars 2005**

DÉBATS DE LA MATINÉE

POURQUOI LE CHOIX DE CE THÈME : CONSULTATION MÉDICO-PROFESSIONNELLE (CMP) ET SANTÉ PUBLIQUE ?

Il semblerait que devant les différents plans sortis (PST, Cancer...) une problématique identique se poserait pour les médecins généralistes et les médecins du travail. Pour les uns comme pour les autres, les réglementations prises par ailleurs, vont à l'encontre de ces plans. Les médecins du travail et les médecins généralistes, sont confrontés à des injonctions paradoxales. Par exemple, on demande aux médecins de faire de la veille sanitaire, qui demande une vision surplombante (comme peut l'avoir l'Institut nationale de veille sanitaire – INVS) alors qu'ils ont une vision au ras du terrain.

Le débat rebondit inévitablement sur le contenu de cette CMP et des règles communes de métier. Peut-on définir une CMP type ? Peut-on malgré ces injonctions paradoxales continuer à tenir la question du métier, et se dire que la santé – même la santé au travail –, ne se résume pas à une prescription. La CMP deviendrait le lieu de la compréhension individuelle et permettrait une défense individuelle, au détriment du collectif quand celui-ci s'est disloqué.

La déstabilisation des directeurs de service (qui par ailleurs ont un déficit de pensée sur la santé au travail), par le décret et le désarroi dans lequel se trouvent les médecins font poser la question du risque à prendre à se donner les bons moyens ? Se redonner un cadre conforme à nos exigences professionnelles. Le médecin du travail ne pourrait-il pas analyser les besoins des salariés dont il a la charge en matière de suivi médical (en temps par exemple) et le consigner dans son service, dans la fiche d'entreprise. Chaque médecin n'est-il pas responsable, autonome et indépendant ? Cela aussi ne remettrait-il pas les responsables des SST devant leurs responsabilités ? Et il paraît difficile pour un médecin de se faire attaquer s'il tient une position professionnelle.

Mais beaucoup de médecin du travail de services interentreprises sont bloqués par un système rigide ne leur permettant

pas d'avoir la liberté d'organiser leur temps de travail, parce que les secrétaires sont totalement sous la responsabilité des directeurs, et que leurs effectifs sont attribués de façon autoritaire.

Pour ces mêmes secrétaires, il faudrait réfléchir sur le contenu de leur travail, essayer de lui donner du sens pour qu'elles sortent de la répétitivité. Le médecin du travail doit donner des marges de liberté à la secrétaire et lui dire par écrit ce qu'il attend d'elle, cela la soulagera et la couvrira. La posture d'une secrétaire n'est pas la même que celle d'une infirmière. L'infirmière est incontestablement du côté de la posture médicale. Mais chacune peut apporter son point de vue sur le salarié. Mais peuvent-elles devenir IPRP ? Cette fonction est recherchée car elle enrichit le métier et ouvre d'autres horizons.

Qu'est-ce un IPRP ? N'est-ce pas un spécialiste du même champ (santé-travail) que le médecin du travail. Un IPRP devrait avoir la même indépendance que le médecin du travail.

Le point de vue d'un IPRP dans le domaine organisationnel : l'IPRP œuvre pour la promotion de la santé par des propositions d'amélioration des conditions de travail. Ce qui pose question c'est son statut et donc son indépendance professionnelle. Être IPRP indépendant n'est pas la même chose que de faire partie d'une équipe médicale, il peut être un cheval de Troie pour casser le médecin du travail. Alors il est important d'inventer ensemble cette pluridisciplinarité, de penser ensemble le travail.

UN RETOUR VERS LA FICHE D'ENTREPRISE ET SON CONTENU

Est-ce le meilleur instrument pour décrire, inscrire ce qui se passe dans les entreprises du point de vue de la santé ? Pour les grosses cela ne semble pas poser de problème. Mais pour les petites ça ne serait pas aussi évident. Tout le monde se connaît, cela désignerait tout de suite le « fautif » et pourrait lui porter préjudice. Le médecin du travail aurait-il peur de dénoncer par écrit ?

N'est-ce pas plus prudent de le débattre de vive voix avec l'employeur ? Faut-il demander le consentement au salarié

concerné de pouvoir dire ce qu'on a entendu ? Est-ce une permission ou une construction ?

Il paraît important que le médecin du travail dise, mais quelles règles doit-il déployer pour dire ? Est-ce une règle professionnelle de demander le consentement du salarié ? Qu'est-ce que le médecin porte tout seul ? Il est nécessaire qu'avant que les paroles aillent dans l'espace public on se pose la question de savoir si on va œuvrer pour la santé et non pas nuire. Il ne faut pas embarquer un salarié dans ce qui fait mal au médecin du travail. Pour intervenir dans l'espace public on peut s'appuyer sur des signaux d'alerte, des éléments déclenchants qui se passent en dehors de la CMP.

Finalement nous faisons le constat qu'il ne se passe rien dans l'espace social malgré les alertes des effets délétères du travail, et que de plus en plus de salariés se mettent « en retraite professionnelle ». Les salariés désinvestissent le travail. Quel retentissement sur la santé aurait cette posture ? Il semblerait que ça soit moins grave que le « je m'en foutisme », qui lui pourrait déclencher des cancers.

Et puis quand les salariés désinvestissent leur travail ils pensent que l'entreprise en pâtira. Même pas car l'entreprise est déjà ailleurs, délocalisée ! Que le désinvestissement peut même être une stratégie et faire partie du plan social.

Rapporteur, Josiane CRÉMON

DÉBATS DE L'APRÈS-MIDI

Les débats de la matinée portaient sur la nature des échanges entre les sujets et les médecins dans le cadre singulier, la richesse de ces échanges, l'injonction paradoxale que constituent, dans ce cadre les nouvelles dispositions réglementaires sur les conditions de la consultation et la nécessité de la subvertir. Ceux de l'après-midi focalisent la réflexion sur les règles de métier qui président au lien entre l'objectif de la consultation pour le sujet au travail et la veille sanitaire en santé publique et plus généralement le passage dans l'espace public.

« LES MORTS TRAVAILLENT POUR LES VIVANTS »

Les expériences rapportées, concernant des « micros » veilles sanitaires, au jour le jour, autour du *curriculum laboris a minima*, qui sont autant de prétextes à réflexion avec le salarié, débouchent sur la question de l'indispensable travail commun sur sa mémoire.

Mémoire interrogée sur les conditions de travail passées, mais aussi remémoration d'un vécu douloureux et parfois positif sont un des multiples objets de la consultation. Le dépassement de l'instant présent, le retour sur le passé croissent dans l'esprit du médecin ce qu'il (elle) sait des situa-

tions de travail actuelles. Il y a ici une caractéristique spécifique du travail clinique en médecine du travail : **en matière d'antécédents, l'observation clinique en médecine du travail n'est pas centrée uniquement sur le sujet, elle envisage les observations cliniques parallèles d'autres salariés et ce que le médecin connaît diachroniquement et synchroniquement des situations de travail.** Cela décrit le lien intime entre l'observation clinique et ce que l'on sait et ce qu'on a compris de la situation de travail.

Plus précisément est évoqué le travail sur les décès en activité qui consiste à se poser systématiquement la question du rapport entre les décès et le travail. Les cancers en particulier devraient être l'objet d'un questionnement systématique ; plusieurs témoignages confirment que le simple fait de se poser la question, de croiser les conditions de travail, met en visibilité les liens qui les unissent à la maladie.

La mise en visibilité du risque, *a fortiori* dans le cadre de la mortalité et du poids émotionnel qu'elle revêt, est liée également à l'obligation déontologique (article 50 du Code de déontologie médicale) de faciliter l'accès au droit des salariés et de leurs ayants droit.

La mise en visibilité recoupe ici le droit des gens. Même si cette obligation concerne aussi le secteur de soins, on peut constater qu'il n'est pas au premier plan des préoccupations de nos confrères et confrères. Pour nous « qui savons », il ne saurait y avoir d'abstention sans négligence. **Plus que pour d'autres, la question de l'accès au droit du salarié constitue une des caractéristiques de notre travail clinique.**

Dans le cadre de la mortalité un consensus existe sur la nécessaire mise en visibilité. Les initiatives de l'INVS d'inciter à la mise en place de courbes de mortalité en fonction des postes de travail et de les croiser avec des matrices emploi-exposition représentent un avantage certain en matière de prévention. Toutefois, certain(e)s mettent en garde contre l'abord exclusif de la mortalité du point de vue de l'activité de travail. L'inactivité tue aussi. Par exemple dans les entreprises en voie de délocalisation où il est alors très difficile d'obtenir que s'applique la présomption d'origine. Il est à craindre que le désinvestissement massif observé dans certaines entreprises à statut ne soit à terme un risque majeur. Le recul manque pour en estimer le coût pour la santé.

L'effet sur la santé du travail très dégradé et du non travail est le continent inexploré de la santé publique au travail (santé publique des populations en âge de travailler).

Le secret médical n'est-il pas parfois en péril dès lors que les liens entre le travail et la maladie concernent les vivants ? Les avis sont ici partagés. Faut-il, par exemple, relater dans les fiches d'entreprise ou les rapports annuels un état des pathologies observées au risque de désigner les salariés qui en sont victimes ? Faut-il s'en abstenir au mépris du devoir d'alerte ?

La « tricherie » relative paraît une possibilité pour « camoufler » les personnes. Au risque du manque d'efficacité une relative évasivité est évoquée comme solution.

JUSTICE ET DIGNITÉ DU SUJET : AGIR AVEC DISCERNEMENT

Les positions se crispent alors autour de la question cruciale de l'indispensable traçabilité des effets sur la santé psychique (y compris dans ses manifestations somatiques) c'est-à-dire leur mise en visibilité confrontée à l'intérêt de la santé du sujet.

La « dispute » démarre donc autour de la cohabitation, présente à chaque instant à l'intérieur de nous-même, lors de la consultation médico-professionnelle : **comment faire coïncider les deux moteurs de mon action, celui de la préservation de la santé du sujet qui implique sa part de secret et l'action en santé publique qui implique la visibilité ?**

Elle va toutefois dépasser cette situation et finalement permettre d'aboutir à un consensus relatif sur des règles de métier en matière d'action en santé publique.

La question de ses conditions est au cœur du débat. La richesse des contributions est difficile à représenter. Le risque est ici de décrire de façon réductrice les positions. Même si la parole est plus nuancée, la cristallisation des points de vue est nécessaire pour la compréhension car l'entremêlement des échanges n'est pas possible à traduire.

Le cas concret qui sert de « détonateur » est ici la pratique des déclarations en accident du travail des atteintes psychiques dues à l'organisation du travail en particulier comme conséquence d'un harcèlement moral. L'ouverture de la jurisprudence sur la notion de « fait certain » élargissant l'obligation de « fait soudain », caractéristique de l'accident du travail, permet effectivement de recourir à cette déclaration. Indiquer cette possibilité au salarié, le guider dans la démarche en particulier par des écrits, utiliser ces faits a plusieurs objectifs :

- *Du côté du sujet* : donner acte de sa souffrance, restituer la dignité en replaçant la responsabilité de l'atteinte du côté de l'entreprise, le protéger par un acte public, permettre les recours en justice du côté de la réparation du préjudice
- *Du côté de la communauté de travail* : l'alerte sanitaire autour de ce fait incontournable empêche l'employeur de demeurer dans le déni et « lui donne des devoirs », elle force la reconnaissance sociale et impose le débat public (examen des AT en CHSCT) prélude à une prévention.
- *Du côté de la santé publique* : est recherchée la traçabilité professionnelle du risque psychique par la mise en visibilité de ses effets extrêmes.

Il ne s'agit pas ici d'instrumentaliser le salarié qui reste à l'initiative de la déclaration mais de lui donner les moyens d'agir dans un cadre qui recentre la question sur les condi-

tions de travail et non sur sa qualité de victime. Cela ne constitue qu'un moyen parmi d'autres de mettre en visibilité.

REPARTIR DEBOUT : LA QUESTION DU SENS

Si une partie des participants considère positive cette démarche, une forte opposition se manifeste. Certain(e)s en référence implicite à BOLTANSKI (« l'amour et la justice comme compétences ») insistent sur la nécessité d'une relative « non directivité » pour ne pas peser sur les choix du sujet et l'aider à accéder au sens de sa situation en évitant de lui imposer le sens que soit même on y discerne, pour lui permettre d'agir. Cette position paraît à certain(e)s trop à distance de la relation clinique en médecine du travail qui selon eux (elles) ne consiste pas uniquement à laisser le sujet décider seul mais impose une prise de position du point de vue professionnel.

D'autres insistent sur l'absolue nécessité de ne pas être « hors de la compréhension du sujet », de ne pas le déposer de son histoire.

Dans ces situations, en s'appuyant sur l'acquis des consultations professionnelles psychosociales, il s'agit avant de donner les moyens au sujet d'agir, de permettre le redémarrage de sa pensée, de lui faciliter le repositionnement de sa situation dans celle de la communauté de travail. Le but est de désobjectiver en mettant au premier plan la situation de travail.

La question de la judiciarisation ne paraît pas à envisager dans un premier temps. Au contraire, ils (elles) estiment qu'il y a risque à plaquer sur la situation sa propre conception de la justice. Il faut donner du temps « pour aller en justice ». L'idéal est dans ce cadre de permettre à plusieurs sujets confrontés aux mêmes difficultés de mener en commun une action en justice. S'agit-il alors d'un collectif basé sur la souffrance qui serait selon certain(e)s plutôt référencé au genre féminin ? S'agit-il de la réassociation que cherchent à retrouver (désespérément ?) les représentants syndicaux ?

La mobilisation recherchée des collectifs, paraît beaucoup plus aléatoire dans le contexte de leur annihilation. Ne faudrait-il pas se garder de générer une action collective dans des situations d'aliénation sociale massive au risque de retournement des autres salariés contre la victime du harcèlement ?

Un consensus naît quelles que soient les positions sur une caractéristique essentielle de la consultation médico-professionnelle qui consiste à permettre au sujet d'accéder au sens de la situation pour lui-même ce qui est la condition *sine qua non* de toute action.

**DU CÔTÉ DE L'ACTION :
AGIR EN SANTÉ PUBLIQUE
POUR LE MÉDECIN DU TRAVAIL,
À QUELLE CONDITION ?**

Mettre en visibilité ne constitue pas pour les médecins du travail un objectif en soi. Il s'agit de l'utiliser comme un moyen, par le biais de la restauration du lien social, de faciliter la transformation des situations sociales préjudiciables à la santé des salariés.

Dans ce cadre, considérant les implications de l'organisation de travail en matière de santé mentale, la consultation médico-professionnelle devient un moyen privilégié de prévention sanitaire.

Or, être médecin du travail c'est dégager pour chaque salarié des marges de manœuvre pour qu'il ait la liberté d'un cheminement personnel et original vers un état de bien être physique mental et social. La consultation médico-profes-

sionnelle concoure à ce projet notamment en donnant les possibilités au salarié de donner un sens à ce qu'il vit au travail. Cette compréhension éclaire ainsi le consentement du sujet à cette mise en visibilité, dans le respect du secret médical.

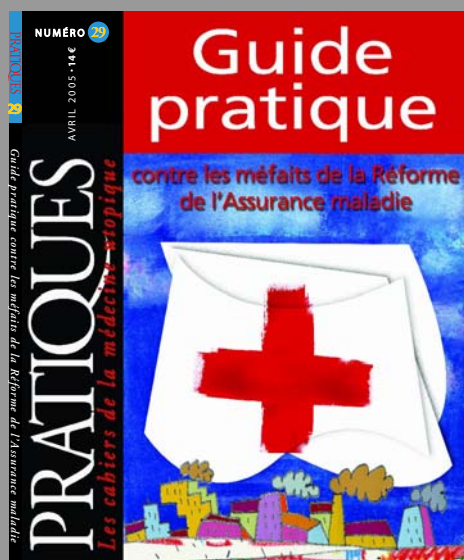
L'objectif de mise en visibilité dans l'espace public par le médecin du travail ne peut toutefois avoir d'autre référence que ses devoirs de médecin vis-à-vis de chaque salarié.

Pour lui, l'action en santé publique ne peut donc avoir pour finalité que l'intérêt de la santé de chaque salarié. La mise en visibilité qu'elle entraîne donne du sens aux situations de travail. Mais elle est aussi subordonnée pour le médecin du travail à un préalable éthique, celui de permettre au sujet d'accéder pour lui-même au sens de sa situation.

Il existe donc un rapport dialectique entre action en santé publique et l'accès au sens par chaque salarié de sa situation de travail.

Rapporteur, Alain CARRÉ

UN GUIDE PRATIQUE POUR RÉSISTER ET SE BATTRE



L'année 2005 est tristement marquée du sceau de la mise en application du dispositif ultra-libéral voté cet été au Parlement, puis décliné dans la nouvelle convention médicale régissant les rapports entre les médecins libéraux, les usagers et l'Assurance maladie. Aujourd'hui, face à ces dispositifs souvent difficiles à décrypter, il s'agit ensemble, soignants et soignés, d'informer, de dénoncer et tenir ferme contre ceux qui veulent la mort de notre système de soins socialisé.

Ce numéro spécial de la revue est conçu comme un outil, facile d'emploi, à l'usage de tous, avec cinq chapitres principaux abordés :

- 1 - l'accès aux soins
- 2 - le parcours de soins
- 3 - les arrêts de travail et conditions de travail
- 4 - le dossier médical personnel
- 5 - les personnes précaires et la réforme

Chacun de ces chapitres comprend un rappel de la loi ou du texte réglementaire, des exemples concrets liés aux conséquences de l'application de ces textes, puis des conseils pratiques pour résister et un texte d'analyse plus global de la thématique examinée.

Ils sont à faire connaître et diffuser largement. Tous ensemble, résistons.

**Bulletin à retourner à PRATIQUES 52 rue Gallieni 92240 Malakoff
revuepratiques@free.fr – www.smg-pratiques.info**

Nom..... Prénom

Adresse.....

un numéro 15,50 € (14 € + 1,50 € de frais de port) à partir du numéro 28
13,70 € (12,20 € + 1,50 € de frais de port) pour les numéros antérieurs

abonnement 1 an (4 numéros 48 €)
un reçu vous sera adressé à réception du chèque