

VERS UNE AMÉLIORATION CONTINUE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Une « démarche de progrès » se met en place dans presque tous les Services de Santé au Travail de France, sous l'impulsion et sous la conduite de leur organisme de conseil, le CISME. Elle se définit ainsi – je cite – : « *Les responsables de service souhaitent se doter de moyens de management qui permettent l'amélioration continue du fonctionnement et des prestations de leurs structures, en faveur de leurs **adhérents-clients**. Ils entendent ainsi montrer aux bénéficiaires, comme aux autorités de tutelle, que leurs associations assument au mieux la mission première qui leur a été confiée : éviter l'altération de la santé du fait du travail.* »

Le contenu de ce programme – je cite encore – « *s'appuie sur un système de management de référence qui aborde tous les aspects de l'activité des SST. Il servira de base à chaque association pour créer son propre système d'amélioration continue, adapté à ses spécificités et à ses besoins. Le système proposé est en cohérence avec les normes ISO et la méthodologie de l'ANAES pour ceux qui souhaiteraient valider leur démarche par une certification ou une accréditation.* »

L'objectif annoncé est d'harmoniser les pratiques de tous les SST du territoire. Après tout, un tel objectif, pourquoi pas.

Les questions posées au préalable de la démarche :

- Quels résultats attendons-nous d'une démarche de progrès ?
- La démarche de progrès peut-elle faire évoluer les pratiques ?
- Pouvons-nous partager nos moyens, nos pratiques et nos expériences ?

sont intéressantes et pourraient aider à une transformation réelle des actions des SST. S'il s'agit d'harmoniser des ressources financières et de gestion, d'harmoniser des organisations du travail qui dérigidifient des convocations de salariés à la chaîne et qui donnent les moyens aux médecins de pratiquer une médecine exploratoire des relations santé-travail et de participer à des enquêtes de veille sanitaire, s'il s'agit de recruter des IPRP en nombre suffisant pour apporter un point de vue préventif argumenté sous plusieurs angles aux entreprises, etc., alors, pourquoi pas.

Mais est-ce bien le cas quand on nous dit que l'on va s'appuyer sur – je cite – : « *des professionnels rompus à la conduite du changement* » ?... Suspect !

On ne peut qu'être en état d'alerte orange lorsqu'on nous dit que « *dans une recherche de simplicité, de pragmatisme et de rigueur, des consultants spécialisés et labellisés par le CISME et l'AFOMETRA animeront des formations-actions sur une durée d'environ deux ans* » pour « *garantir l'évolution effective des pratiques* ». Faut-il un tel déploiement armadesque pour une mise en marche harmonieuse et sensée des SST ?

Et on passe en état d'alerte rouge lorsqu'on examine la liste d'actions pouvant être menées – je cite à nouveau :

- « *déterminer des plans d'activité ;*
- *participer à la rédaction de codes de bonnes pratiques, valider la liste d'indicateurs d'évaluation de l'activité médicale ;*
- *définir les actes médicaux appropriés par catégorie de salariés, par objectif ;*
- *mettre en place une procédure, des courriers types et un soutien juridique pour appuyer le médecin du travail dans le contexte d'une inaptitude ;*
- *rendre plus clairs et utilisables les rapports d'étude de postes ;*
- *développer l'aptitude à négocier ;*
- *définir les tâches relevant du tiers temps ;*
- *mettre en place le suivi et la réalisation des 150 demi-journées d'actions en milieu de travail, etc., etc.* »

Au travers de cette sélection de questions qui concernent l'activité du médecin, on voit bien comment les réponses qui seront apportées seront des tentatives de formatage forcément uniformisantes. On ne peut donc manquer de faire le rapprochement avec les dispositifs de l'assurance qualité garantie par les normes ISO. Il ne faut pas oublier que ces normes imposent du dehors, par l'écrit, une description du travail du point de vue de ceux qui sont chargés de l'organiser, le slogan étant « *écrire ce qu'on fait, faire ce qu'on écrit* ».

Il ne faut pas oublier non plus que l'assurance qualité normalisée s'appuie sur la notion de consensus. L'utilisation de ce mot séduisant *a priori* est piégeante car il ne s'agit pas d'une notion d'unanimité ni de l'issue d'un débat sur des pratiques discutées qui laisse des marges de manœuvre à tous les acteurs. Ce que la norme appelle consensus est – je cite – « *la recherche d'un accord général, caractérisé par l'absence d'opposition ferme à l'encontre de l'essentiel du sujet, émanant d'une partie importante des intérêts en jeu,*

par un processus de recherche de prise en considération des vues de toutes les parties concernées et de rapprochement des positions divergentes éventuelles ».

Personne ne peut comprendre le sens de cet alignement de mots et d'expressions, tous aussi rassurants les uns que les autres (accord général, absence d'opposition ferme, essentiel, partie importante des intérêts en jeu). Il s'agit d'un langage-vaseline probablement étudié pour anesthésier toute capacité critique d'un processus qui fonctionne comme un leurre. Il faut avoir ces notions en arrière-pensée.

Indépendamment du fait que, sur les questions médicales, l'indépendance technique est inviolable, que le « client » du médecin n'est pas l'entreprise mais le salarié, et que la seule agence d'accréditation des pratiques médicales est l'ANAES, il pourrait être attirant pour nombre d'entre nous de participer à cette démarche de progrès au prétexte d'y voir effectivement un vrai travail sur les pratiques professionnelles.

Dans ce cas, il faudrait que le changement proposé s'oriente vers la subversion possible d'une enfilade de procédures qui ne manqueront pas d'apparaître, par exemple, par l'effectivité de l'octroi de moyens, à ceux qui le souhaitent, de participer à la construction de règles de métier au travers de « staffs » thématiques divers, d'échanges sur des pratiques, mêmes ordinaires, ne serait-ce que sur la pratique délicate des inaptitudes, avec son cortège d'interrogations et d'actions, etc.

J'ai peur que nous en soyons loin car qui dit « règles de métier » dit collaborations, échanges, confrontations de points de vue pour faire face ensemble aux rapports de domination et au « réel » du travail, « réel », non pas au sens de réalité de travail mais à ce qui fait difficultés, échecs, à ce qui est inattendu, voire impensé. Les règles de métier sont protectrices. Quand elles peuvent se développer, on est bien dans son travail. Lorsqu'elles sont contrariées, alors apparaissent les défenses. Pour nous, médecins du travail, c'est ce qui se produit lorsque notre travail n'a plus de sens médical, par exemple, lorsqu'il nous est encore parfois demandé de recevoir, à la chaîne, trente ou plus, salariés par jour, ou plus simplement qu'il nous est reproché de ne pas savoir s'organiser.

Pour illustrer, voici un exemple bien réel, tout récent, de ce que peut signifier une appréciation vide de sens, du métier de médecin du travail par sa direction. Un collègue a récemment reçu le courrier suivant : « *Il vous est attribué 2113 salariés dont 1071 sont classés en SMR. Vous avez donc 1592 actes cliniques à effectuer par an. On peut estimer à 20% les actes supplémentaires (turn-over, visites supplémentaires, visites de reprises...) ce qui porte à 1910 actes à réaliser par an. Vous travaillez sur une base annuelle de 1280 heures. Les actions en milieu de travail représentent 120 demi-journées, soit 420 heures.*

Le temps consacré à l'activité clinique, à raison d'une moyenne de 20 minutes par acte représente 637 heures. Il

reste donc 223 heures par an soit environ 30 jours de travail pour développer des actions complémentaires envers les adhérents qui vous sont attribués ou autres ».

La poésie incarnée de ce texte ne peut échapper à personne ! C'est ce qu'on appelle le « réel » du travail dans ce qu'il a d'inattendu et de douloureux. Le fait que l'effet de son contenu ait pu être médiatisé par une discussion (presque immédiate) entre collègues a épargné au destinataire une souffrance légitime.

Il me semble que là est le danger de cette démarche de progrès qui va être mise en place par de gens qui ne connaissent pas le contenu de notre activité, activité qui s'appuie sur des savoir-faire acquis d'expériences de terrain, de confrontations entre collègues, d'écrits sur des pratiques professionnelles, d'acquis théoriques pluridisciplinaires et éventuellement de données scientifiques quantitatives.

Pour illustrer ce que je viens de dire et pour montrer que « sémiotiser » (c'est-à-dire, mettre en mots, décrire, qualifier) la clinique médicale du travail est un exercice quasi impossible, il suffit de s'appuyer sur l'exemple de la démarche de proposition systématique de déclaration de maladie professionnelle qu'à mise au point Annie DEVEAUX. Cette démarche est détaillée dans le numéro 19 de la revue *LES CAHIERS S.M.T.*

Jusqu'à ce jour, depuis janvier 2005, les quatre dossiers que j'ai établis ont été déclarés. Faire ce travail demande beaucoup de temps, plusieurs heures, malgré les modèles servant de fil conducteur ou étant seulement réajustés. Je ne vois pas comment des procédures vont faire entrer ce mode d'approche, qui n'est qu'un exemple parmi d'autres pratiques, dans le moule à « sémiotiser » du travail du médecin.

Il faut savoir en plus que la normalisation est le vecteur de l'évaluation.

Il semble, qu'en terme de qualité, vouloir évaluer une pratique telle que celle qui a été prise en exemple, se mesure à l'augmentation des demandes qui nous sont faites. Les salariés en parlent entre eux, prennent conscience de l'existence des pathologies liées au travail et expriment clairement leur désir de faire valoir leurs droits. En plus, ils peuvent découvrir un champ d'action du médecin du travail qu'ils ignoraient et ils font naturellement appel à lui pour d'autres situations. Ce qui risque de renforcer le nombre de demandes. En revanche, les employeurs, eux, trouvent, pour ce qui me concerne, que je fais trop de déclarations de maladies professionnelles. Alors, selon le point de vue, je peux faire de la qualité comme je peux faire de l'agitation médico-sociale. La qualité est parfois une question d'angle de vue.

Dans notre métier, ce qui est sûr, c'est que c'est une question politique et si la démarche de progrès permet aux médecins de pratiquer selon ce modèle, alors, elle n'est pas critiquable.

Fabienne BARDOT