

Intervention au XXXIII^e colloque du Syndicat National des Médecins de PMI, L'ELU, LE DIRECTEUR et LE DOCTEUR, 30 novembre et 1^{er} décembre 2007, publiée dans les actes, 2008, ed du SNMPMI, Paris)

J'interviens en prévention des risques professionnels depuis 30 ans, dans une approche dite *organisationnelle*. Il s'agit d'aborder les problèmes de santé au travail en articulant autant que faire ce peut :

- l'activité de travail,
- le ou les métiers, avec leurs modes de transmission des connaissances et des *savoir-faire*, leurs pratiques langagières, leurs histoires, leurs évolutions techniques et autres...
- l'organisation du travail dans l'établissement, l'entreprise, la branche, c'est à dire la répartition des tâches et les façons dont elles sont coordonnées
- la gestion administrative et financière, avec ce qu'elle engage de procédure et de norme, d'évaluation du travail ou des objectifs...

J'ai rencontré des situations de travail très différentes, du public comme du privé, du secteur sanitaire et social comme de l'industrie. A chaque fois, la question de l'évolution des métiers se pose avec de grandes variations. Dans tout ce qui relève des services à la personne, il s'agit de constituer un métier, mais plus souvent il est question d'assurer la mutation de métiers existants dans les organisations et réorganisations, pour permettre aux salariés, aux managers locaux d'élaborer et de réélaborer leur capacité d'agir et notamment leurs moyens de se prémunir des risques pour leur santé et leur sécurité.

Parfois, le personnel est très résigné face à des critères de gestion présentés comme intangibles ou face à de grands décideurs perçus d'autant plus puissants qu'éloignés et mal identifiés. D'autres fois, en replaçant l'activité concrète de travail au centre de leur démarche, les salariés, y compris les cadres, font évoluer le métier en préservant ce qui constitue sa spécificité, non d'une manière déclamatoire, mais d'une manière très pratico-pratique.

Je ne suis donc pas spécialiste de la PMI. Mais ce que je peux dire de situations de travail rencontrées dans cet exercice professionnel peut peut-être vous aider dans l'analyse de l'évolution des services de PMI. Je vais présenter quelques idées-forces, en évitant de me disperser dans les exemples concrets qui sous-tendent ces développements. Mais j'insisterai sur les mutations de la médecine du travail qui vous parleront peut-être.

Les métiers évoluent

Un métier organise une pratique professionnelle, avec toutes ses composantes : technique, scientifique, juridique, langagière, éthique...

Mais un métier est avant tout un rapport social :

- Un rapport d'appartenance (on est du métier ou pas)
- un rapport plus ou moins codifié aux autres métiers, celui des collaborateurs, des fournisseurs de matériels et de produits, les comptables et autres prestataires...

- Un rapport aux autorités publiques, ne serait-ce que par le code du travail, le code des marchés, les tutelles, etc.
- Et bien sûr un rapport aux destinataires, payants ou non, usagers, patients, clients... Le destinataire n'est pas toujours constitué d'emblée, en tant que tel. Les spécialistes du marketing savent-y faire pour conquérir et fidéliser une clientèle.

L'exercice du métier évolue en fonction des autres métiers, de la législation, des besoins des publics... Le métier n'est pas figé même si les reconstructions plus ou moins mythiques insistent sur ses invariants. Il y a une filiation entre les tailleurs de pierre du moyen âge, ceux des années 70 et les tailleurs de pierre actuels, mais il y a sans doute davantage de rupture, tant dans le statut social que dans les conditions concrètes d'exercice.

Prenons un exemple plus récent et plus proche de votre métier, celui de médecin du travail. Leur statut est celui de salarié d'un service, leurs missions sont codifiées dans le code du travail et participent du dispositif de prévention des risques professionnels, mis en place à la *Libération*, avec la sécurité sociale, les CHS, l'OPPBTP... Ce dispositif a certes évolué au cours des 60 ans écoulés. Des organismes nouveaux sont apparus pour répondre à de nouvelles exigences, l'Anact avec l'émergence des conditions de travail en 73. D'autres ont vu leurs compétences élargies, la MSA pour les salariés agricoles dans les années 70 également puis plus récemment pour les exploitants. Des pratiques nouvelles ont été instituées telles que le tiers temps pour le médecin du travail ; des concepts nouveaux ont fleuri tels que celui de *prévention intégrée* (1976) ou celui d'*évaluation des risques*.

Cependant, ce dispositif est en crise. Comment construire entreprise par entreprise une politique de prévention des risques chimiques ou des risques amiante ? Comment appréhender l'épidémie de troubles musculo-squelettiques ? Sans parler de la toute récente apparition d'une catégorie de risques dits psychosociaux.

Les partenaires sociaux, syndicats de salariés et organisations patronales, ont souhaité une refonte de ce dispositif. Ils le veulent davantage orienté par la prévention primaire et la pluridisciplinarité, ils souhaitent renforcer la coopération des différents spécialistes entre eux et notamment de tous les organismes existants actuellement. La loi de modernisation sociale (janvier 2002) a donc transformé les services de médecine du travail en Services de Santé au Travail (SST), avec une forte incitation à embaucher des spécialistes non médicaux (ingénieurs sécurité, toxicologues industriels, ergonomes, etc.) et à contractualiser avec d'autres organismes.

Cette orientation a des effets sur l'organisation du SST et chacun des métiers. D'une part, le Service de Santé au Travail devient un acteur de la santé au travail. Il ne peut plus se contenter de gérer les relations entre les entreprises adhérentes et les binômes médecin-secrétaire médicale. Le SST doit analyser les besoins exprimés ou non de ses adhérents et leur proposer individuellement ou collectivement des services. La fonction de direction s'enrichit d'une fonction de promotion et de coordination d'actions pluridisciplinaires au niveau de l'entreprise, de la branche, du bassin d'emploi. Une nouvelle organisation est nécessaire.

D'autre part, avec l'introduction d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels non médicaux dans le SST, les métiers sont amenés à se rapprocher durablement et non plus occasionnellement. Du coup, leurs conditions d'exercice s'en trouvent modifiées. Les missions de l'ergonome dans un SST diffèrent des missions d'un ergonome exerçant dans un

cabinet spécialisé. De même, le médecin du travail se voit engagé à renforcer la coopération avec ses collègues et doit apprendre à travailler avec les spécialistes IPRP. Les complémentarités entre eux, tout comme la confiance, s'éprouvent dans l'action. Tous ont au cours de ces dernières années appris à ajuster leurs pratiques, non sans heurt parfois. Les manières de construire les rapports aux acteurs de l'entreprise peuvent différer, les temporalités également. Les obstacles sont nombreux et chacun a vite fait de décrier les pratiques de l'autre. Mais l'échange de ces regards croisés et la mise en œuvre des compétences variées s'avèrent bénéfiques non seulement à la prévention des risques mais également à chacun des métiers. Les ressources à la dispositions des directions d'entreprises et des salariés sont potentiellement considérables. Il importe aux services et aux métiers qui le composent de construire des offres nouvelles et diversifiées et simultanément de construire les nouveaux modes d'exercice de leur métier.

Dans toute cette évolution, les pouvoirs publics ont un rôle incitatif de tout premier plan. Mais il ne faut pas les laisser seuls. Les professionnels de la santé au travail peuvent et doivent alimenter les débats en cours de leur expérience passée car ils n'ont pas toujours attendu la loi de 2002 pour mener des actions collectives pluridisciplinaires. Ils peuvent également expérimenter et mettre en circulation les démarches innovantes et leurs résultats. Et ce d'autant plus que la diminution du temps médical due à la démographie médicale pose avec force la question de l'utilisation la plus pertinente de ce temps. Il appartient donc, à ces professionnels, médecins et non médecins, de faire connaître et reconnaître l'apport de chacun des métiers dans leurs nouveaux modes d'exercice, non pour laisser croire que tous font le même travail sous prétexte qu'ils ont le même objectif, mais au contraire pour mieux discerner la singularité de l'apport de chacun tant au point de vue technique qu'au point de vue construction de la dynamique sociale. Chacun fait en sorte dans sa démarche que ses interlocuteurs soient de plus en plus acteurs de la prévention au travail. Mais tous ne s'y prennent pas de la même façon. Les méthodes diffèrent et pour que les résultats se combinent, il faut tout un travail précautionneux dans le monde du travail comme entre les spécialistes. C'est en ce sens que les professionnels de la santé au travail cherchent constamment à *constituer leur public*, à le placer en situation d'acteur de la prévention, de partenaire du service et non de simple consommateur de prestations.

Construire le territoire professionnel

Dans ce travail de *constitution de son public*, la fonction de la direction prend toute son importance : animation des débats, retour d'expérience, attention aux différentes formes de demandes, définitions des offres, orientation stratégique, coordination interne et externe, animation de la communication. Mais il est une tâche très importante à réaliser : définir le périmètre des actions à engager. Comment articuler en médecine du travail l'action individuelle à l'action de prévention dans l'établissement ? Et l'action dans cet établissement-là à l'action dans toute l'entreprise ? et l'action de l'entreprise à celle de la branche ?

Certaines actions peuvent être d'emblée négociées entre partenaires sur un territoire donné. Mais généralement, l'action se construit dans la durée en passant d'un niveau à l'autre pas à pas, sans que personne n'en ait projeté dans les étapes, en saisissant les opportunités que présente la situation dans ses évolutions. Ce mode d'enchaînement non-programmé est bien connu dans les activités du sanitaire et social. Mais curieusement, je n'ai pas trouvé de terme pour le caractériser. Je parle volontiers d'*actions surpassées* ou encore d'*actions emboîtées*,

sur le mode des poupées russes, mais là, nous partons du plus petit et les figures, les formes, changent sérieusement à chaque saut.

Ce type d'*actions emboîtées* est facilité par une connaissance du territoire et de ses réseaux, par une implantation sur le territoire. Mais qu'est-ce qu'un territoire au juste ? Une circonscription administrative comme le département ? Un canton ? Comment définir sa pertinence, au regard des missions et des acteurs ? Par exemple, en santé au travail, le territoire le plus pertinent est-il le bassin d'emploi comme le définit l'INSEE ? Les bassins d'emploi peuvent traverser les limites des départements.

Le territoire reste une entité qui elle-même est à construire, sur la base d'une histoire, d'un projet, d'une volonté politique, d'équipements (administration, commerce, transports, emplois...), de ressources professionnelles... Même lorsque le territoire est défini par un texte, fixé dans ses limites géographiques ou administratives, le territoire professionnel est toujours à construire, à entretenir, à développer dans les relations aux autres métiers, dans les relations aux publics concernés, dans les relations aux tutelles, aux élus... Dans cette confrontation des logiques territoriales de chacun, la définition des missions, pour décisive qu'elle soit, n'est pas suffisante. Elle peut dériver sur des abstractions généreuses ou compassionnelles qui font fi de l'expérience des gens de métiers au niveau très élémentaire où s'établit *la relation de service*. Encore faut-il que les gens de métiers rendent compte minutieusement de ce qui se joue dans cette relation.

Expliciter la relation de service pour concevoir son évaluation

Dans les services et particulièrement dans les services publics, les relations agents / usagers sont toujours des constructions singulières. L'agent amène son interlocuteur à accepter la proposition qui lui est faite compte tenu de sa situation, de sa demande et des textes.

Je fais l'hypothèse que vous êtes, médecins de PMI, dans la situation d'amener votre interlocuteur, un des parents, la mère, à accepter ce que vous lui proposez comme mesure de prévention ou de soin pour l'enfant. Il s'agit toujours d'une négociation plus ou moins facile où prime la construction du lien avec l'interlocuteur même si *in fine* c'est le résultat qui compte : le suivi d'une prescription. Vous avez depuis longtemps géré cette interaction élémentaire *professionnel / usager* d'une façon que vous jugiez appropriée à chacune des personnes. Il s'agit d'une construction singulière de la relation, même si votre discours de médecin et de fonctionnaire vous conduit à dire que vous ne faites pas de différence et que vous vous occupez de tout le monde avec le même souci d'efficacité. Comment passer de cette construction singulière du lien à une mise en commun qui n'abrase pas cette singularité ? Quel cadre commun institué pour qu'à un moment donné puissent advenir ces singularités ? Autrement dit, comment construire son ou ses publics sur un territoire donné à un moment donné ?

Ce passage de la relation singulière à la construction d'un cadre où plusieurs singularités émergent peut être facilité ou contrarié par la structure organisationnelle. Qui accueille ? avec quelle écoute ? De quel temps dispose-t-il ? Aujourd'hui, très paradoxalement, le discours officiel est d'individualiser les services – *le patient au cœur du dispositif* – et simultanément, cette diversification est mise en oeuvre par des programmes et des outils informatiques, des procédures et des tableaux de bord conçus centralement qui compliquent, voire rendent impossibles, les adaptations locales. Ces procédures, ces standards, ces contrôles en temps

réel disqualifient le travail du praticien et celui de l'utilisateur en tant que producteurs l'un et l'autre de leur relation. La gestion commande, à distance.

La rationalisation de type industriel se développe dans les services comme à l'hôpital, pour plusieurs raisons. La rationalisation industrielle est simple : il s'agit de compter, dans une logique binaire, en oui ou non, fait ou pas fait... Seul le résultat compte. Le travail à accomplir pour l'obtenir est nié ; or c'est lui qui nous importe dans la logique métier. L'introduction de la rationalité industrielle dans les services n'a été possible que parce qu'elle touche à des pratiques laissées trop souvent dans un angle mort par les professionnels eux-mêmes.

La relation de service est réduite à l'acte efficace. Si le praticien y arrive avec ce client-là, c'est bien ! sinon, client à orienter vers un spécialiste...s'il existe. La rationalisation industrielle s'accompagne d'un morcellement des tâches et, utilisée dans les services, elle risque de déresponsabiliser les agents.

Il y a donc tout un enjeu autour de la question de l'évaluation du travail ou du service, un enjeu pour l'activité de métier mais surtout un enjeu pour les destinataires, clients, patients ou usagers. Evaluer, ce n'est pas compter, c'est comprendre. Or les actions de prévention en PMI ou en santé au travail sont parfois difficiles à caractériser. Je parlais plus haut des *actions emboîtées*. Mais bien d'autres caractérisations pourraient être établies d'actions qui répondent à une autre logique que la logique rationnelle de type industriel. Ces actions sont non-évaluables dans la logique de gestion par projets ou la gestion par objectifs. Et du coup elles en deviennent inexistantes aux yeux des organisateurs du travail. La discussion entre la salle et les orateurs précédents en donne un bel exemple. L'une d'entre vous demandait à l'orateur comment évaluer une action précise, qui commence par la rencontre d'une femme enceinte un peu paumée ; à un moment, elle est invitée à participer à un *groupes de femmes isolées plus ou moins en errance* ; puis plus tard, elle déclare « *grâce au groupe, je n'ai pas accouché prématurément* ». Comment évaluer cette action ? La réponse faite par l'orateur est simple et parfaitement dans la logique de la conduite de projet : « *quel est votre objectif ?* ». Car on évalue les résultats par rapport aux objectifs. Mais le médecin qui a orientée cette femme dans ce groupe avait-il formulé l'objectif de sa proposition ? Et quand bien même en aurait-il avancé un, l'action du groupe ressentie par la patiente est sans doute tout autre et tous les bénéfices pour elle et pour l'enfant ne sont pas encore connus et *a fortiori* évaluable.

Du coup, pas de place pour une action qui n'est pas programmée, dont les objectifs ne sont pas déterminés, dont les effets se font sentir par ricochets, de loin en loin. Comment nommer ces actions ? *des actions non programmées à effets différés ?*

Dans cet ordre d'idée, j'ai une autre expression à vous proposer. Certaines de nos actions sont directes : le bénéficiaire est notre premier interlocuteur. Mais d'autres actions sont plus complexes et nécessitent des montages par la bande. Peut-être que votre travail avec les parents qui vise la santé de l'enfant peut être caractérisé comme *une action indirecte*. Dans le champ social, l'action en un endroit a souvent des effets en d'autres lieux. C'est bien toute la difficulté de la construction d'action de prévention des risques professionnels : avoir l'intelligence d'un ensemble pour agir en un point. Comment repérer ces effets si fréquents et comment les désigner ? Et comment évaluer ces *actions par répercussion* autrement que par des monographies singulières ?

Mais la réalisation de monographies *d'actions emboîtées*, *d'actions non-programmées à effets différés*, *d'actions par répercussion* et de bien d'autres, engage tout un travail collectif de repérage de signes parfois ténus, de leur interprétation, de leur rédaction... La question de l'évaluation –et donc celle de la gestion- appelle un dispositif institutionnel pour mettre en débat ces pratiques professionnelles, en comprendre le cheminement et la portée. Les gens de métier gagneraient à s'emparer de ces questions, à ne pas renoncer à intervenir sur la gestion et l'évaluation en replaçant leur activité au centre de leur problématique.

L'approche territoriale : constituer les publics et les métiers

La promotion de l'approche territoriale dans le service public est faite au nom de la simplification des démarches administratives pour l'utilisateur, avec l'idée de réaliser des économies de gestion. C'est un objectif louable : économie, simplification, décloisonnement. Mais comment le traduire concrètement ? Car la complexité de notre existence ne se réduit pas à la complexité des démarches avec les administrations. On peut faciliter l'accès aux soins, on peut simplifier l'obtention d'aide ou d'allocation, on n'en finira pas avec la complexité des différents âges de la vie, la difficulté de grandir, de s'émanciper, la confrontation à la maladie, à la vieillesse, à la mort.

Il importe, pour les individus mais aussi pour l'efficacité des services, qu'une même personne puisse s'adresser différemment à différents professionnels de santé, du social, de l'éducation. Mais il importe tout autant que l'assistante sociale, le médecin de PMI, le médecin du travail, l'éducateur entendent différemment les demandes qui leurs sont respectivement adressées. L'approche territoriale louperait son objectif de mieux servir le public si sous prétexte de simplifier le parcours des personnes dans les services elle supprimait tout cheminement possible *d'un registre à l'autre*. Il n'y aurait plus alors qu'un seul lieu – le guichet unique- où dans le meilleur des cas se construirait *la relation de service* suivi d'une orientation vers des actes techniques. La question du secret médical –qui est crucial – n'est qu'un point, certes important car menacé par la centralisation de la gestion. Mais il n'est qu'un point dans l'argumentation de la nécessité de *maintenir ouverts plusieurs registres* sur le même territoire.

Ce n'est pas du côté de la réduction des métiers à des actes techniques qu'il faut attendre un gain de qualité de service. Au contraire. Il est à craindre que les professionnels comme les usagers s'emmêlent davantage dans leurs difficultés, au prix d'une montée d'incivilité, voire de violence, en réaction à l'impuissance.

Une telle perspective, de réduction des métiers aux actes techniques engage la disparition des métiers dans la plus parfaite rationalité industrielle. Parcellisation des tâches, segmentation croissante évoquée, déresponsabilisation, violence, des tendances fortes à l'œuvre dans notre société qui poussent à psychologiser l'échec scolaire, médicaliser la souffrance au travail, judiciaire la violence à l'école, etc.

En opposition à cette rationalité industrielle, les gens de métiers sur un territoire peuvent y trouver une bonne échelle pour construire et renforcer leurs complémentarités, pour faire en sorte que les différents métiers soient ouverts les uns aux autres car réceptifs aux divers publics. Ce travail de constitution des rapports avec les publics se réalise déjà. Il engage les métiers et les institutions supports, il engage parfois les responsables politiques. Il passe par des actions collectives, le soutien à des initiatives relais, à des associations qui permettent aux

individus de sortir d'une relation de consommateurs (de soins, de service) en s'inscrivant acteur de la vie sociale. (Où l'on retrouve ces fameuses *actions par répercussions*).

Il s'agit de voir ce qui sur un territoire défini administrativement peut faire territoire de socialité. Alors le système gagne en efficacité en affûtant la spécificité de chaque métier, des élus, des administrations.

Damien Cru

Université d'Angers :

- Professeur associé d'ergonomie à l'ISTIA, Institut des Sciences et Techniques de l'Ingénieur d'Angers
- Chercheur associé au Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie de la Santé au Travail (CHU).

Consultant, Approche Organisationnelle de la Sécurité et de la Santé au Travail, Paris