

La médecine du travail est en transition difficile entre la pénurie de médecins et des décrets déstructurant. Mais il faut tenir bon et le SNPMT s'y emploie en donnant des pistes pour utiliser au mieux les possibilités du décret et des circulaires. Dans cette instabilité, le JMT mise sur la créativité des médecins du travail pour privilégier les pratiques de dévoilement des atteintes à la santé au travail : l'affinement de l'approche médicalisée en est une, jugée pertinente. L'interview nous fait toucher l'intérêt de la notion de clinique de santé au travail. Les infirmières du travail du Nord nous présentent des savoir faire et des objectifs qui n'ont aucune raison d'entrer en opposition avec des services de santé au travail. La question de l'aptitude sécuritaire est posée par rapport aux drogues. Une enquête longitudinale sur la santé des hospitaliers montre l'importance de l'organisation du travail. L'INRS lui même admet que la prévention ne passe pas que par les EPI : des masques jetables sont vraiment à jeter. Fidèle à sa politique d'ouverture, le SNPMT a multiplié les contacts avec l'administration, les associations, les organisations syndicales et politiques avec la volonté de faire connaître ses positions, ses revendications et au besoin son mécontentement : nouvelle rubrique dorénavant soumise à la sagacité de nos lecteurs... Enfin, quelques notes d'humour pour nous redonner à tous le plaisir et la confiance.

Meilleurs vœux pour 2005... ■

Le Journal des Médecins du Travail

N° 16

janvier 2005

Sommaire

- Actualité du syndicat** ... p.2
- Décret sur la médecine du travail : il faut tenir bon
 - Logiciel de quantification du temps médical
 - Histoire d'en sourire
 - Décès du Docteur Guy Courteville
- Terrain** p.3
- Le droit de le dire : une jurisprudence particulièrement intéressante...
 - Comment les professionnels de santé en milieu de soins perçoivent leurs conditions de travail...
- Europe** p.4
- Regroupement d'infirmiers dans un service inter-entreprises : un rôle élargi
- Entretien** p.5
- Pratiques en médecine du travail : pour une autre approche
- Chantier** p.6
- Aptitude sécuritaire : à propos du dépistage de drogues en milieu de travail
 - Quand la médecine du travail de la SNCF déraile
- Eurêha** p.7
- L'INRS fait tomber les masques
 - Harcelement moral : reconnu pour la première fois par la Cour de cassation
 - Amiante : un non lieu contesté
 - Que fait le SNPMT...

Comment s'abonner

p. 8

Approche médicalisée de la santé au travail : un enjeu.

Par Gérard Lucas

Avec la diminution du temps médical consacré au colloque singulier avec chaque salarié, l'avis d'aptitude qui pervertit consultation et visite médicales, il est temps de privilégier une approche santé/travail où l'examen médico-professionnel d'un salarié permet, outre l'examen médical lui-même, d'investiguer les expositions professionnelles et de favoriser l'expression du salarié sur le vécu de son travail, notions essentielles pour prétendre mieux appréhender le lien entre santé et travail.

De plus en plus de médecins du travail pratiquent une investigation ciblée de la santé au travail. Les médecins prennent le temps d'interroger le salarié, de l'écouter, de l'informer, et de choisir des examens cliniques ou complémentaires en lien avec l'exposition professionnelle du salarié. Ils ne délivrent pratiquement plus d'aptitude péremptoire, mais tiennent compte de la demande du sujet.

Pourquoi la loi de 2002 sur le droit des malades ne s'appliquerait-elle pas à la médecine du travail ?

Si les patients sont enfin pris pour des adultes responsables pour leurs soins, il serait injurieux de ne pas considérer aussi les salariés comme tels dans la gestion de leurs souffrances et leurs pathologies au travail. Il leur appartient ensuite d'utiliser les avis médicaux des médecins du travail qui font autorité pour la recherche de compromis avec leur employeur dans leur contrat de travail.

L'avis d'aptitude est un obstacle

Fini le temps d'une prise de tension, d'une application du stéthoscope, d'une radio et d'un pipi qui sont aujourd'hui dérisoires pour délivrer un avis d'aptitude. La perspective de l'avis d'aptitude certifié par le médecin en fin d'examen devient une entrave à la confiance de la relation médecin-travailleur, si l'avis médical implique un risque pour l'emploi, le poste ou le statut du salarié.

Intensification : les médecins du travail aussi...

L'intensification progressive des différentes activités des médecins du travail est une réalité depuis plusieurs années. Elle va s'aggraver avec les nouvelles mesures du décret qui objectivement augmentent le nombre de salariés, le nombre de visites, le temps en milieu de travail et les exigences de rapports divers. Cette intensification est à relativiser compte tenu de celle qui envahit le monde du travail dans notre pays et dans le monde et qui produit tant de TMS, tant de décompensations psychiques et sans doute tant de maladies organiques d'origine psychosomatique. Après tout, il n'y avait pas de raison que les médecins ne soient pas aussi tributaires de l'augmentation de la pression qui pèse sur les salariés. Certains services proposent même « à la moulinette » des normes ISO 9002 puis ISO 14000 et, paraît-il maintenant, d'autres encore qui ont toutes la même caractéristique à savoir formaliser des frivolités d'accueil, de rythme et de traces en oubliant l'essentiel du sens de la mission qui est de prévenir les altérations de la santé dues au travail. L'emballage par les décrets de cette intensification va inéluctablement soit vers une perte de qualité et une perte de sens qui discréditent à terme l'intérêt de la médecine du travail, soit vers le surmenage des médecins du travail et le cortège de dysfonctionnements qui en découleront.

Vers une clinique de la santé au travail.

Les médecins du travail peuvent réagir. Des médecins du travail construisent des résistances salutaires. Au risque de petites blessures narcissiques, ils savent ne plus perdre leur temps à des investigations cliniques sans lien avec le travail et auxquelles la très grande majorité des salariés ont très bien accès dans le système de soins.

En contre partie, ils privilégient dans les examens médico-

professionnels l'entretien sur les risques objectifs et ressentis des salariés et orientent spécifiquement les examens cliniques et complémentaires. Ils s'imposent l'analyse des conditions de travail du point de vue de la santé qu'ils restituent tant aux salariés qu'à l'entreprise. Ils se positionnent, sans complexe de leur authentique spécialité, en partenaires spécialistes auprès de tous les professionnels de santé. Ils ne négligent pas la mise en visibilité de la santé au travail dans l'espace publique. Leurs recommandations personnalisées, leurs rapports circonstanciés, leurs publications, leurs monographies deviennent des savoirs incontournables. Ne seraient-ils que quelques pionniers militants de l'association Santé et Médecine du Travail, de la psychodynamique du travail ou de la toxicologie-ergonomie ? Non ! Ils sont désormais des centaines de médecins du travail à constituer en ordre encore dispersé l'émergence d'une base de données, d'un thésaurus, d'une véritable clinique de la santé au travail. Ils savent parfaitement qu'ils ne sont plus là comme par le passé en tant que notables pour sélectionner les salariés par leur pouvoir médical et un savoir pontifiant non partagé. Ils sont là maintenant pour développer et promouvoir singulièrement et collectivement une culture de la santé au travail dont le monde du

dire... Fallait le dire... Fallait le

Bonne année... ?

Mais y a pas intérêt à être malade...

Une participation de 1 euro est dorénavant déduite automatiquement de tout remboursement d'acte médical

Le forfait hospitalier passe de 13 à 14 euros...

Les arrêts de travail seront davantage contrôlés, le médecin traitant devant indiquer le motif sur la feuille d'arrêt de travail.

Médecin et assuré sont susceptibles d'être contrôlés, les assurés refusant les contrôles verront leurs indemnités suspendues... et « Ceux ayant abusé du système (selon quels critères, sais pas...) devront payer une amende ».

et... je vais travailler un jour de plus, plan vieillissement et solidarité oblige...

La vie est belle...

La nana des lilas

Décret sur la médecine du travail : il faut tenir bon !

Par Mireille Chevalier

Bien que le SNPMT, avec l'ensemble des organisations syndicales de salariés siégeant au CSPRP (Conseil supérieur de prévention des risques professionnels), ait dénoncé et se soit battu contre la dernière version du projet de Décret sur la médecine du travail (qui reprend les propositions patronales), le Décret est paru le 28 juillet 2004 et la circulaire d'application est attendue.

Malgré les nombreuses prises de position et les démarches engagées, on peut craindre que les services de santé au travail (SST), dans leur grande majorité, entendent bien en profiter pour augmenter progressivement les effectifs attribués aux médecins et geler les embauches de médecins du travail pour réaliser une pluridisciplinarité à coût constant, voire à moindre coût. De bonnes raisons de continuer à nous battre...

Le SNPMT poursuit son action, en attaquant le Décret au Conseil d'Etat, et il en sera de même pour la circulaire d'application dès parution. Les contacts sont maintenus avec les organisations syndicales de salariés, notamment la CGT et la CFTC, pour dénoncer les conséquences en terme d'atteintes à la santé au travail et envisager des actions en commun à venir.

Développer des actions locales

Localement, dans chacun des services de santé au travail, il est important de développer des actions afin que cette réforme n'ait pas de conséquence négative sur la prévention de la santé au travail des salariés.

Si les Directions de services ne rencontrent pas d'opposition, les "plafonds" cités dans le Décret en matière d'attribution d'effectifs à surveiller risquent progressivement de devenir une norme acceptable qui risque de sonner le glas de la Médecine du travail et de la prévention médicalisée de la santé au travail. Les dysfonctionnements iront en s'aggravant et le médecin du travail se verra paralysé par les injonctions paradoxales que constituent la réalisation simultanée et dans un temps alloué de l'activité en milieu de travail, des "activités connexes" et de l'activité clinique.

Il est donc important de s'emparer des moyens actuels laissés par le projet de circulaire, afin de sauver les règles de métier avec pour objectif de préserver la santé des travailleurs.

Tout d'abord, la classification des salariés devant bénéficier d'une surveillance médicale renforcée (SMR), est bien de la responsabilité de l'employeur. Mais, que ce soit pour les entreprises de plus de 50 salariés, par l'intermédiaire du "Document", ou pour les autres entreprises, le médecin du travail doit donner son avis motivé et préciser à chaque employeur que la responsabilité

de ce dernier pourra être engagée si cet avis n'est pas suivi.

Par ailleurs, le calcul de la charge de travail du médecin, qui incombe à la Direction du SST, peut être contrôlée par chaque médecin du travail à l'aide de différents outils. A cet effet, un logiciel conçu par Jean-Claude Martignac, médecin du travail à Angoulême, disponible sur le site du SNPMT, peut s'avérer précieux.

Les médecins du travail ont la possibilité d'investir les commissions médico-techniques et de participer à leur bon fonctionnement.

Il est important d'apporter l'aide technique nécessaire aux représentants syndicaux pour qu'ils puissent assurer leur rôle dans les commissions de contrôle et auprès du Conseil d'administration, en leur fournissant des rapports circonstanciés élaborés par la commission médico-technique ainsi que tous les éléments leur permettant d'apprécier les dysfonctionnements ou atteintes à l'outil de prévention.

Il ne faut pas rester inactif devant les risques de dérives qui se préparent ou qui ont déjà eu lieu, et accepter sans réaction des effectifs incompatibles avec l'éthique et la déontologie médicale. Les attaques à la qualité de la prévention de la santé au travail doivent être dénoncées auprès des autorités de tutelle et du contrôle social (commissions de contrôle, Unions départementales de syndicats...).

Le SNPMT est prêt à accompagner, conseiller, aider les adhérents en difficulté pour sauver une Médecine du Travail efficace au service de ses missions de prévention et de préservation de la santé au travail des salariés.

Décès du Docteur Guy Courteville

Guy a fait partie de cette équipe lilloise qui dès la libération a été à l'origine du SNPMT ; dont il a été le Président entre 1961 et 1975.

Il a aussi été parmi les fondateurs, et le premier Président, de l'Union Confédérale des Médecins Salariés Français (UCMSF).

Guy Courteville (et son équipe) m'ont accueilli dans les instances du SNPMT en 1968 et j'ai été frappé par la qualité de l'écoute et la prise en compte des positions de chacun qui primaient : le SNPMT se voulait la maison de tous.

Cet esprit démocratique est très certainement une des principales raisons du succès qui a fait du SNPMT le plus important des syndicats de Médecins du travail.

Je ne puis pas ne pas souligner l'ambiance chaleureuse qui régnait lors des réunions et en dehors (j'ai ainsi appris que dans le Nord on savait vivre !).

Le SNPMT est en deuil.

E. Ravier

Histoire d'en sourire

Quand il est demandé au médecin du travail...d'apprendre à dire bonjour...

Le Dr B, médecin du travail, a écrit au Directeur de son centre pour l'informer que le service des convocations ne respectait pas le délai de 20 minutes prévu pour chaque visite médicale et que cet état de fait nuisait à la qualité de son travail.

Voilà ici un extrait de la réponse du Directeur:

"[...] concernant les rendez-vous planifiés toutes les 20 minutes, il est vrai que vous ne disposez pas actuellement du temps convenu lors de vos entretiens d'embauche, compte tenu des difficultés rencontrées cette année à cause de votre absence pour maternité pendant 6 mois[...]

Quant à la qualité du travail, elle ne repose pas obligatoirement sur 5 minutes de plus ou de moins pour la visite médicale, mais d'abord sur la manière d'accueillir le salarié, la manière de mener son entretien et bien d'autres points qui n'ont rien à voir avec la durée de l'entretien... comme nous vous l'avons déjà dit. La confiance que vous devez mettre en place avec le salarié, par un sourire à son arrivée, quelques mots de considération démontrant l'intérêt que vous lui portez, économiseront ensuite 5 ou 10 minutes au cours desquelles vous tenterez d'établir le contact.[...]"
Edifiant... !!!

Logiciel de quantification du temps médical

Conçu par Jean-Claude MARTIGNAC comme un outil de simulation, ce logiciel permet de calculer, grâce à deux possibilités d'entrée, aussi bien le nombre prévisible de visites à effectuer et la disponibilité moyenne pour chaque acte médical résultant d'un effectif de salariés à suivre imposé que d'estimer l'effectif qui devrait être attribué en fonction de ces mêmes paramètres et de ce que chaque médecin considère être les conditions d'une activité clinique acceptable.

La variation des différents paramètres permet de disposer de plusieurs simulations...

Cet outil pourrait permettre de disposer d'une méthodologie commune au sein des services de santé au travail (voire plus ?), entre médecins d'abord et peut-être ensuite avec certaines directions de services.

Il permet d'objectiver pour chaque service médical les conséquences de l'effectif attribué et de faciliter, par une mise à plat « technique » des différentes exigences de notre activité et des conséquences des choix effectués ou imposés, les discussions avec nos interlocuteurs que sont les employeurs, les représentants des salariés et les autorités de tutelle.

Chacun de ces interlocuteurs serait ainsi mis devant ses responsabilités respectives.

Cet outil est bien sûr évolutif....

Aussi est-il important de disposer de toutes vos remarques et suggestions.





Le droit de le dire : une jurisprudence particulièrement intéressante...

En décembre 2000, Mr X vient consulter spontanément le Dr L, médecin du travail, pour des signes de souffrance mentale qui semblent liés au travail. Pour le « protéger », le Dr L. le déclare « inapte temporairement, devant consulter son médecin traitant pour mise en arrêt maladie ». N'ayant pas réussi à joindre ce dernier par téléphone, le médecin du travail remet à Mr X un courrier destiné à son médecin traitant dans lequel il décrit la situation.

En février 2002, l'employeur de Mr X demande au Dr L. des explications sur le contenu de ce courrier qui a été produit par Mr X dans le cadre d'une procédure prud'homal pour harcèlement. Il saisit également pour avis le Conseil de l'Ordre des médecins qui considère qu'il n'y a pas eu de faute déontologique.

L'employeur dépose alors une plainte pénale contre le médecin du travail pour violation du secret professionnel.

Le Tribunal de Grande Instance déclare un non-lieu.

Ce non-lieu est confirmé en juillet 2004 par la Cour d'Appel de Rennes, l'employeur ayant fait appel. L'employeur, obstiné, formule alors un pourvoi en cassation : la chambre criminelle de la cour de cassation a déclaré (en date du 23 novembre 2004) non admissible le pourvoi formé par la partie civile.

Ce médecin du travail n'est pas le premier à s'être vu déféré devant les tribunaux par des employeurs pour avoir été l'auteur de rapport ou de lettre décrivant les conditions de travail subies par un salarié dans une entreprise. Ces contentieux, bien que jamais gagnés par les employeurs, ébranlent les médecins concernés et même leurs confrères au point que beaucoup finissent par s'autocensurer. La décision de la Cour de cassation fait jurisprudence, confortant, s'il en était besoin, les médecins du travail dans leur droit à dire la santé au travail.

Comment les professionnels de santé en milieu de soins perçoivent leurs conditions de travail...

Par Patrick Bouet

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) a procédé en 2003 à une enquête sur la perception qu'ont les soignants de leurs conditions de travail. Ces résultats sont à comparer à une enquête similaire datant de 1998. Constat édifiant de certaines aggravations...

La DRESS a menée en 2003 une enquête, (par téléphone au domicile des enquêtés), auprès de 5000 salariés ou professionnels des établissements de santé publics ou privés de France métropolitaine concernant aussi bien des médecins (en libéral ou non) que d'autres professionnels, infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitaliers, autres employés...

Premier constat: le monde de l'hôpital est, avec les services et l'éducation, le secteur le plus en contact avec un public extérieur, en l'occurrence les patients et leurs familles. Les soignants considèrent que ces contacts sont plus volontiers positifs que pénibles, opinion avancée surtout par les médecins et les aides-soignantes. Cependant, 55% des professionnels de l'hôpital disent rencontrer des situations de tension avec le public (chiffres stables/1998) bien que par ailleurs 57% du personnel se déclare exposé au risque d'agression verbale (dont 79% de médecins libéraux) et 40% au risque d'agression physique (de façon homogène). Ce sont les infirmières et aides-soignantes du secteur privé lucratif qui s'estiment le moins exposées au risque d'agression.

Une certaine dégradation des conditions de travail

L'utilisation croissante de l'informatique, la miniaturisation des appareils, la technicité des tâches sont évoqués par les professionnels comme facteurs responsables d'une exigence accrue d'attention.

Quant aux efforts physiques, ils sont également plus souvent signalés qu'en 1998 : fait de marcher beaucoup et fréquemment, manutention, mouvements douloureux ou fatigants, en particulier pour les aides-soignantes et globalement les personnels des cliniques privées.

Ce sont les personnels des établissements publics qui se plaignent le plus de facteurs liés à l'environnement de travail (bruits gênants, locaux insalubres...)

La part des professionnels de santé ayant un rythme de travail imposé par des normes ou des délais à respecter en une heure au plus a doublé en cinq ans (de 24 à 48%) et le manque de temps évoqué passe de 32 à 41% des réponses (concernant surtout les infirmières, anesthésistes et chirurgiens). En parallèle, ils sont 49% à affirmer recevoir des ordres contradictoires (40% en 1998), surtout les infirmières (59%) et les aides-soignantes (51%).

L'autonomie, la latitude décisionnelle, la coopération restent dans les mêmes proportions qu'en 1998. En revanche, ils estiment plus souvent qu'en 1998 ne pas disposer de collègues en nombre suffisant (50% en 2003 contre 37% en 1998, principalement les infirmières et aides-soignantes).

Ainsi, de manière générale, les soignants, et en particulier les infirmières, citent les conditions de travail comme plus difficiles que les non-soignants, avec une perception forte des contraintes physiques et mentales.

Le secteur n'échappe pas au « flux tendu » qui n'épargne ni l'hôpital public ni a fortiori le secteur privé :

intensification du travail et « rentabilité » qui pose un problème de fond sur le sens du métier.

... qui pourrait expliquer nombre de départs

Les résultats de l'enquête DRESS peuvent être complétés par ceux de l'enquête next-prest qui établit une comparaison entre les différents pays européens, en ce qui concerne les raisons et circonstances des départs prématurés des professionnels de santé des établissements de soins. Si l'on cible les infirmières, groupe étudié le plus important, on constate que les relations avec les collègues sont bonnes, mais se dégradent selon la distance hiérarchique, l'existence ou non de soutien, venant surtout des collègues, au sein du collectif de travail.

La pénibilité physique est moins forte chez les infirmières que chez les aides-soignantes, et si l'autonomie est déclarée plus forte chez les infirmières françaises, les marges de manœuvre quant à l'organisation dans le temps sont pourtant faibles (40,4% des infirmières en France, contre 41,2% en Europe, ne décident pas de leur rythme de travail).

Les aspects psycho-sociaux liés au travail sont mal pris en charge: pression temporelle (38,1% des infirmières déclarent manquer de temps en France), ordres contradictoires et crainte de faire des erreurs (chez 85,7%), manque de temps pour parler aux patients (40,5%)

La posture debout reste quasi-constante et l'exposition déclarée concernant les risques infectieux, chimiques et physiques est un peu plus élevée en France.

La satisfaction au travail est évoquée comme liée à la qualité du travail d'équipe, à l'équilibre vie au travail-vie privée, au degré de pénibilité physique, à la pression temporelle, au sens du travail...

Des sondages à l'action sur le terrain

De nombreux rapports de médecins du travail des hôpitaux ou des cliniques confirment ces données, même si beaucoup d'entre eux désespèrent devant l'habituelle incrédulité de leurs interlocuteurs. Ce type d'enquête statistique leur donne une légitimité par la mise en lumière incontestable d'une évolution du système de soins où augmentent à la fois les sentiments d'agressions, l'intensification du travail technique et administratif et le maintien de ports de charges en restant tributaire de façon plus globale d'une augmentation de la charge de travail et ce à effectif constant voire diminué ! Ces résultats sont un outil de référence pour chaque professionnel de santé et devraient l'être aussi pour tous les gestionnaires qui continuent de développer des organisations de travail pas toujours adaptées. Pour autant, ces « sondages d'opinion » ne remplacent pas l'investigation clinique individuelle et l'accompagnement des salariés hospitaliers en souffrance. Ils ne remplacent pas le travail d'interpellation et de transformation service par service que peuvent et doivent entreprendre chaque médecin du travail avec leurs partenaires.

Regroupement d'infirmiers dans un service inter-entreprises : un rôle élargi

De Véronique Bacle

A l'heure où est posée aux adhérents la question de l'intégration au sein du SNPMT d'infirmières de santé au travail, le JMT ouvre ses colonnes à l'une d'entre elles qui exerce de manière atypique au sein d'un service inter-entreprise réunissant des assistants de service social du travail et des infirmiers de santé au travail, (le SSTRN). Témoignage d'un rôle qui a su évoluer au cours du temps avec Véronique Bacle, conseillère technique, à l'origine d'un référentiel des compétences infirmières en santé au travail.*

Infirmière au SSTRN : une mission aux multiples facettes

Si les infirmiers de Santé au Travail sont devenues des professionnels de santé, spécialisés dans le domaine de la Santé au Travail, dont les missions sont, dans le cadre de leurs compétences et avec le médecin du travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, de développer santé et bien-être dans l'Entreprise, et de participer à l'identification, la prévention des risques du travail pour la santé, il n'en a pas toujours été ainsi.

À l'origine, dès 1935, on parlait d'« infirmières visiteuses » puis de « surintendantes d'usine », pour qualifier les assistants de service social du travail qui avaient l'autorisation d'exercer en tant qu'infirmier dans le secteur de la prévention jusqu'en 1972. L'émergence ultérieure de deux métiers distincts a vu les missions se positionner et se compléter.

Dorénavant, les infirmiers de santé au travail exercent conformément au Code d'Éthique de la Commission Internationale de Santé au Travail, à la Directive Européenne de 1989, aux lois et décrets sur la Médecine du Travail, à la loi de modernisation sociale de Janvier 2002 et au décret du 24 Juin 2003, ainsi qu'à l'accord interprofessionnel du 20 Septembre 2003 sur la Formation Professionnelle :

« Les professionnels de Santé au Travail doivent acquérir et entretenir les compétences nécessaires pour l'exercice de leurs missions, et ils doivent exiger les conditions qui leur permettent de s'acquitter de leurs tâches selon la bonne pratique et l'éthique professionnelle. »

Depuis 1992, nous avons beaucoup travaillé sur le contenu de nos missions et élaboré un référentiel des compétences infirmières en santé au travail, qui nous permet d'être très précis dans les contrats de travail et les contrats avec les entreprises.

Nous avons d'ailleurs élaboré une plaquette d'information sur ces missions à l'attention des partenaires sociaux, des DRH, des collègues...

L'infirmier de santé au travail, avec sa formation de base à caractère médical, a un rôle premier, essentiellement humain, d'écoute et de veille sanitaire.

Les missions d'un infirmier de santé au travail se déclinent autour de trois grands axes dont le premier est la participation à l'identification des risques du travail pour la santé: observation, écoute des salariés avec relais au médecin du travail, études de postes avec rédaction de fiches de postes, de fiches de produits et de mesures d'ambiance. Il s'agit également de participer au CHSCT et aux rapports et plans d'activités du Médecin du Travail. La promotion de la santé au travail constitue le deuxième volet de l'activité de l'infirmier en santé au travail et consiste à participer au suivi médical, à assurer les examens complémentaires. Il s'agit également de participer aux formations à la prévention sur les risques, les protections individuelles, le secourisme et aux protocoles d'urgence et plans d'évacuation.

L'infirmier en santé au travail contribue également aux fonctions de conseils et à la conduite de projets: conseil aux salariés et à leurs représentants, ainsi qu'à la direction,

sous l'expertise du médecin du travail, sur la mise en place de l'identification des risques, sur la législation, sur les mesures de prévention, sur les problématiques de santé publique, relais entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, participation aux études et recherches, mise en place de projets de santé au travail, participation à la veille sanitaire. Au sein du SSTRN, deux conseillères techniques assurent l'encadrement professionnel, l'accompagnement des missions et l'élaboration du programme de formation.

Créé en 1935 par Jean Baptiste Pennel, Industriel du textile, le Service Social du Travail Nord de France (S.S.T.R.N.), est une association inter-entreprises et paritaire à but non lucratif gérée par des représentants des employeurs et des organisations syndicales de salariés.

Le S.S.T.R.N propose des missions de service social et des missions d'infirmiers de santé au travail aux 140 entreprises adhérentes.

Le S.S.T.R.N emploie 76 salariés dont 46 Assistants de Service Social du Travail et 26 Infirmiers de Santé au Travail, titulaires des Diplômes d'État d'Assistant(e)s de Service Social ou d'Infirmiers, salariés de l'Association et non des Entreprises. Tous participent directement au développement et à l'efficacité du Service Social du Travail et du Service Médical.

Ces collaborateurs offrent protection et garanties aux salariés et aux Entreprises (obligations éthiques, techniques, juridiques et prise en compte de la responsabilité professionnelle spécifique).

Le S.S.T.R.N compte également 4 salariés qui, au niveau du service central, s'occupent de la gestion administrative, humaine, du conseil technique et de la direction du S.S.T.R.N.

Fin 2004, le S.S.T.R.N. a développé un pôle de formation aux entreprises extérieures, avec reconnaissance en organisme de formation (après validation en conseil d'administration et en assemblée générale, et modification des statuts du S.S.T.R.N).

Certains infirmier(e)s et assistant(e)s de service social sont reconnus spécialistes (après développement de compétences dans un domaine particulier) et participent ainsi directement au pôle de formation.

Le conseil technique infirmier : une expérience à valoriser...

Le SSTRN propose aux infirmiers de santé au travail un conseil technique s'appuyant sur deux pôles que sont le conseil technique de base et les formations thématiques. Le conseil technique de base peut être individuel fait d'entretiens téléphoniques, de visites sur site, de recherches documentaires et législatives ou d'appui à projets ou collectif avec revue de presse mensuelle, groupes de travail (TMS, urgences, évaluation des risques, santé-précarité...), création d'outils comme un guide classer de l'infirmier de Santé au Travail, groupes de parole, mise en réseau avec les partenaires Santé au Travail, les collègues Assistantes Sociales.

Quatre réunions par an ont lieu, d'une demi-journée, développant un thème particulier de formation: plan d'activités en Santé au Travail, environnement et travail, évaluation des risques, vaccinations et travail, relation d'aide en santé au travail, etc...

Le SSTRN a su par ailleurs développer un certain nombre de partenariats qui enrichissent notre pratique.

Exemples de partenariats développés par le SSTRN

• avec l'institut de santé au travail du nord de la France

participation au DIUST
groupe de travail sur le « livre blanc de la santé au travail »

• avec le groupement des infirmiers du travail :

revue,
groupes de travail et de réflexion,
Fédération Européenne des Infirmiers du Travail,

• avec l'inspection médicale du travail

groupes de travail (Violences au travail, Santé-Précarité au Travail)

expertise
commission infirmière du SSTRN

• avec l'ANACT

groupe de travail GIT/ANACT/SSTRN
rôle des infirmiers de santé au travail dans la veille sanitaire, particulièrement au niveau des « signes avant-coureurs »

• avec Quick médical service

pour certaines formations prises en charge
classer infirmier

Si la richesse de notre service résulte en partie du croisement des compétences de nos deux professions d'infirmiers et d'assistants de service social du travail, les multiples partenariats mis en place, la réflexion sans cesse relancée sur le fonctionnement du monde du travail, ses mutations et l'accompagnement humain que nous pouvons apporter nous confèrent une place particulière. Le fonctionnement inter-entreprise est un atout : en effet, les infirmiers de notre service sont salariés du SSTRN et non pas des entreprises, ce qui leur donne une certaine indépendance dans l'exercice de leurs missions et une garantie quant à la définition de celles-ci, précisées dans leur contrat de travail.

Pour le moment, chaque infirmier n'intervient que dans une entreprise (à partir de 200 ou de 500 salariés, conformément à la réglementation), sous la responsabilité technique du médecin du travail, faisant souvent lui-même partie d'un service inter-entreprises. Les partenariats mis en place avec les services de santé au travail nous permettent de nous connaître, de nous former, de réfléchir ensemble et c'est une grande richesse, à la fois pour les collègues qui ne sont pas seuls dans l'exercice de leurs missions, mais aussi pour les équipes pluridisciplinaires qui se mettent en place.

**conseillère technique à temps partiel, auprès des infirmiers du SSTRN, et encadrement du DIUST (Diplôme Inter-Universitaire de Santé au Travail) à Lille, et du DUFQ (Diplôme Franco-Québécois « Conduites de dépendances »).*

Pratiques en médecine du travail : pour une autre approche

Propos recueillis par Anne Florentin

Etre à l'écoute du vécu du travail tel qu'il est exprimé par les salariés, ne jamais oublier que le travail est au cœur de la construction de la santé au travail, enrichir les règles du métier du médecin du travail, exercer une fonction d'alerte et de veille sanitaire, rendre visible le lien entre santé et travail, tels sont les thèmes défendus par l'association Santé et Médecine du Travail (SMT) présentés par Fabienne Bardot.

La SMT défend l'idée d'une clinique de la santé au travail : de quoi s'agit-il ?

La clinique de la santé au travail est une construction qui rompt avec la clinique médicale académique en ce sens qu'il s'agit d'une investigation autour de la question du travail. Il s'agit d'appréhender la santé d'un individu en intégrant toujours la question du travail, éclairage qui modifie la perception et la compréhension de la sémiologie clinique. La clinique de la santé au travail permet d'appréhender ce qui dans l'activité de travail réellement déployée, est délétère pour la santé ou bien la maintient et la consolide. Elle permet, au médecin du travail, au cours de l'entretien clinique, de comprendre les interactions entre l'activité professionnelle, (actuelle et passée), qui est finement questionnée, et les traces ou les évolutions de la santé physique ou psychique d'un individu : l'articulation de tous ces éléments constitutifs de l'homme au travail, sa santé mais aussi son vécu, ainsi que des données relevées par ailleurs au décours des autres consultations permet au médecin d'identifier ce qui, dans l'organisation et les conditions de travail pourrait être transformé.

Cette pratique interroge l'organisation du travail grâce en particulier aux grilles de lecture offertes par la psycho-dynamique du travail mise à jour par les travaux de C. Dejours. Selon cette approche, le travail est en effet central pour la construction de l'identité: on se construit ou se déconstruit au travail.

Ainsi, il ne suffit pas au décours d'une consultation de faire éventuellement un diagnostic en s'aidant si besoin d'examen biologiques ou biométriques et de corrélérer une éventuelle pathologie à ce que l'on sait des conditions de travail, pour les avoir observées sur le terrain, pour prétendre à une connaissance de la santé au travail.

Il est indispensable, en effet, si l'on veut établir un lien entre le travail réalisé et l'état de santé d'un salarié de prendre en compte le « comment » le salarié vit son travail, comment il le voit, le ressent, ce qui au sein du travail est source pour lui de satisfactions, de contraintes, de plaisir ou de souffrance. Cette approche n'est possible que si le salarié se sent autorisé à parler du « travailler ».

Quelle place pour le médecin du travail ?

Il faut que le médecin du travail soit réceptif et que son comportement incite le salarié à parler du comment il travaille. Il s'agit pour le médecin du travail d'une pratique médicale d'accompagnement de la santé des salariés avec pour toile de fond le travail réel qui a pour but d'amener chaque salarié à entrevoir le sens de ce qu'il vit professionnellement, lui permettant de faire résonner les risques professionnels dans son histoire. Cet éclairage permet à chacun des salariés de construire ou non un équilibre au travail et de reprendre une certaine autonomie dans sa capacité d'agir.

Cette pratique est une pratique médicale à part entière, spécifique du médecin du travail et qui lui permet de se situer au cœur de la santé publique. La clinique de la santé au travail associe une rationalité objectivée des conditions de travail en attestant du réel observé, une rationalité pathique du sujet au travail s'appuyant sur la subjectivité du salarié et une rationalité sociale qui a trait aux rapports sociaux du travail.

Il s'agit d'une approche innovante car l'investigation de l'effet du travail sur la santé n'est pas si usuelle que cela...

Or n'oublions pas que le rôle du médecin du travail est de mettre en visibilité le lien entre santé et travail.

Il appartient ensuite au médecin du travail à partir des données individuelles d'établir le lien avec le collectif. Fort de la compréhension de la façon dont les salariés vivent

individuellement puis collectivement leur travail, il participe à la prévention en établissant en premier lieu une identification des expositions professionnelles, puis une identification clinique des conséquences sur leur santé.

Il apporte ainsi un point de vue médical à l'évaluation des facteurs de risques, à partir d'une grille de lecture s'appuyant sur le travail réel et complétant les interventions d'autres professionnels de santé au travail.

Comment envisager donc la participation des intervenants en santé au travail et leur articulation avec les médecins du travail ?

Le médecin du travail ne peut pas prétendre posséder seul toutes les compétences des sciences de la santé au travail et assurer l'identification des risques et prévention en santé au travail. La collaboration d'autres professionnels de la santé au travail (ergonomes, toxicologues, psychologues...) est indispensable sous réserve que les enjeux et missions de ces professionnels soient clairement identifiés.

Ces professionnels, en faisant état de leurs

connaissances, enrichissent le débat sur la prévention des risques professionnels même si on ne le répètera jamais assez, la gestion des risques appartient à l'employeur ; c'est lui qui décide ou non de réduire les risques, de la priorité de ses actions.

C'est pourquoi il est impératif que chacun des intervenants en santé au travail soit clairement du côté de la santé au travail et non du côté de la gestion des risques qui est de la seule responsabilité de l'employeur.

Autrement dit, l'identification et la compréhension des risques appartiennent aux professionnels de la santé au travail mais la gestion des risques, qui s'appuie sur une logique de rationalité économique, appartient à l'employeur.

Faire l'amalgame risque de vider la santé au travail de tout sens. Or il faut défendre une mission de santé publique en santé au travail dans l'intérêt exclusif de la santé des

travailleurs et valoriser un système de prévention de la santé au travail s'appuyant sur une fonction d'analyses, d'études, d'alerte, de veille, d'information et de formation sur la santé au travail.

Ce rôle d'alerte et de veille exercé par le médecin du travail, au travers de la fiche d'entreprise, du rapport annuel d'activité ou autres documents, est d'autant plus essentiel qu'avec le désengagement de l'Etat du monde du travail, qui laisse aux seuls employeurs l'évaluation des risques

professionnels et le choix de mettre en œuvre ou non une prévention adaptée, il ne reste plus guère que l'aspect conséquences sur la santé au travail... à moins qu'il ne faille attendre un scandale, comme celui de l'amiante !

Qu'elle soit médicale ou collective, la veille sanitaire doit être clairement séparée de la gestion des risques.

Dans cette perspective, l'apport d'intervenants en santé est utile, sous réserve que leur statut leur garantisse une véritable indépendance qui ne soit pas uniquement déclarative comme c'est le cas actuellement. En l'absence de statut d'indépendance garantissant que leur mission s'exerce du point de vue exclusif de

la santé, il y a fort à craindre que ces professionnels soient « utilisés » par les employeurs à la gestion des risques.

Que pensez-vous de la notion d'aptitude ?

L'avis d'aptitude, comme véritable passeport pour poursuivre une activité professionnelle, a complètement dévoyé la mission du médecin du travail qui est de prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail comme le définit la loi de 1946.

Cette notion, qui n'a rien de médical, entraîne un retournement du rôle du médecin, quelle que soit sa fonction, si elle n'est pas explicitement de contrôle, qui apparaît de manière explicite lorsque tout « naturellement », on lui demande de donner une aptitude à prendre un risque (par exemple « apte en hauteur » signifiant donc qu'il est apte à tomber), ce qui ne peut être une position éthiquement tenable. Comment accepter que l'aptitude soit devenue une autorisation de mise en danger !

Un autre effet est de participer également, sous couvert de compétence médicale, à une sélection de l'individu le mieux adapté à un poste donné alors que l'essence même de la mission du médecin du travail est d'œuvrer pour adapter les postes de travail aux individus quelles que soient leurs possibilités...

Quant aux éventuelles contre-indications que l'on demande au médecin du travail de déterminer, c'est là encore utiliser une position médicale pour dire qu'un salarié peut « y aller »...

Si l'aptitude se situe à la confrontation entre droit au travail et droit à la santé, elle renvoie surtout au rôle du médecin du travail qui devrait être un conseiller et pas forcément un expert pouvant décider ou non du maintien à son poste d'un salarié. Il est en effet important que chaque salarié se réapproprie ce qui lui appartient et en premier lieu sa santé au travail.

On pourrait tout à fait concevoir que le médecin du travail intervienne comme conseiller du salarié sur la préservation de sa propre santé. Ainsi, la notion d'aptitude supprimée, resterait la fonction thérapeutique de l'avis du médecin du travail qui informerait chaque salarié des risques éventuellement encourus compte tenu de sa santé, médecin du travail qui pourrait préconiser une inaptitude « thérapeutique » ou des restrictions d'aptitude. C'est ainsi que le salarié pourrait participer à la construction de sa santé au travail. Pour autant, le salarié ne pourra décider que si les mesures de prévention sont en place.

On ne le dira jamais assez : la préservation de la santé au travail passe en premier lieu par l'introduction de marges de manœuvre dans le travail, par la mise en place de dynamiques de coopération et par ce que ce travail permet de construire socialement ! Cette question d'aptitude n'est donc pas tranchée et doit vraiment faire l'objet d'un débat public...

Bio express



Médecin du travail depuis 1975 en service inter-entreprise.

Membre du CA de l'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (SMT, site www.a-smt.org), présidée par Annie Deveaux, qui regroupe environ 200 médecins du travail et quelques chercheurs.

L'association SMT a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail. Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

Elle publie chaque année une revue « Les Cahiers SMT » et a édité un certain nombre d'ouvrages : « Souffrance et précarité au travail », « Des médecins du travail prennent la parole », « Femmes au travail, violences vécues ».

Aptitude sécuritaire : à propos du dépistage de drogues en milieu de travail

Par Gérard Lucas

« Rien ne justifie un dépistage de la toxicomanie organisée de manière systématique dans l'entreprise » Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, 1990

« Les conséquences de la consommation de drogues dans les domaines de la sécurité, de la santé et de la sûreté commandent de mettre en place une politique de lutte contre l'usage de drogues, notamment par la mise en place d'un dispositif de dépistage des toxicomanies au sein des entreprises » Rapport du Sénat, Drogue : l'autre cancer, 2003.

Ces deux positions bien différentes laissent les professionnels de la prévention dans l'expectative avant de convenir d'une mission claire et facile. Un débat à ouvrir...

De nombreux professionnels de santé au travail remettent en cause l'avis d'aptitude médicale au poste de travail, globalement inefficace sur la prévention et qui fait obstacle à l'indispensable confiance des salariés envers le médecin du travail. Mais quand il s'agit d'aptitude sécuritaire, des médecins culpabilisent de ne pas prendre leur responsabilité « en cas de danger pour des tiers salariés ou usagers ». Nous pensons, au JMT, que la question importante de l'inaptitude sécuritaire ne doit pas se limiter à la seule pratique de sélection par les médecins du travail. La prévention des risques générés par les troubles du comportement dus à des intoxications des salariés est plus complexe et mérite que le débat soit ouvert... et ce d'autant que l'article paru dans le dernier numéro du JMT sur le dépistage des drogues en milieu de travail a donné lieu à un certain nombre de réactions dont l'interpellation de la médecine du travail SNCF par des cheminots.

D'autres approches sont possibles...

Le médecin du travail doit-il se substituer à des règles de sécurité au travail ou doit-il apporter ses connaissances aux partenaires de l'entreprise pour la constitution de règlements intérieurs ?

Prenons l'alcool qui est certainement et de loin le produit toxique le plus générateur d'accidents ou d'incidents au travail. L'alcoolisme peut être diagnostiqué par le médecin du travail à partir de l'examen clinique, et de l'augmentation des gamma GT. Mais c'est l'alcoolisation du sujet sur le lieu de travail qui détermine la dangerosité. L'ivresse est interdite sur le lieu du travail (article 232 du code du travail), mais paradoxalement si le contrôle de l'alcoolisation excessive est devenu rigoureux pour la conduite automobile, la mise en place de tels contrôles dans les entreprises reste exceptionnelle. Pourtant les éthylotests électroniques sont suffisamment accessibles et fiables. Les normes physiques ou biologiques des individus pour préserver la sécurité au travail ne passent pas forcément par la pratique d'un médecin.

Il n'empêche que le recours à un médecin peut s'avérer utile compte tenu de son savoir et de l'examen médical pour apprécier un risque de dangerosité par rapport à certaines situations

de travail. Cette médecine sécuritaire peut être pratiquée par des médecins spécifiques. Ce rôle peut ainsi être confié à une médecine de licence qui délivre des certificats de contre-indication. Dans l'aviation civile, de même que pour les pilotes maritimes, ce ne sont pas des médecins du travail qui assument cette tâche. Dans le transport routier, ce sont les médecins de la commission du permis de conduire qui valident l'autorisation médicale. Le plus souvent, ce sont des normes établies que le médecin de licence ou de contrôle applique. Ce ne sont pas des médecins ayant une mission d'accompagnement comme le médecin du travail. De ce point de vue, il n'y aurait pas de confusion entre les médecins du travail et les médecins du contrôle qui seraient toujours différents. Pourquoi n'est ce pas ainsi à la SNCF ?

Sans négliger le rôle du médecin du travail

Sur le plan de la connaissance drogue-danger-sécurité, il appartiendra toujours aux médecins du travail, de se prononcer sur les effets des drogues licites ou non sur les conditions de sécurité au travail. Leur approche clinique de la santé au travail est un apport spécifique aux cotés des chercheurs et des préventeurs pour évaluer la pertinence d'un dépistage. Sur ce sujet il a une responsabilité d'information des entreprises et des collectifs de travail.

Comme tout citoyen, chaque médecin du travail est amené à intervenir sous peine de non assistance à personne en danger. Sur le lieu de travail, le danger imminent pour la sécurité relève du droit de retrait. Dans un cabinet médical, la perception d'un risque d'insécurité important pour autrui nécessite au moins une alerte.

Ces approches diverses et non exhaustives invitent les préventeurs, l'Etat et les partenaires sociaux à ne pas parasiter l'utile pratique d'accompagnement des médecins du travail par l'aptitude sécuritaire. D'autres pratiques sont possibles et pertinentes, comme la différenciation des fonctions médicales de contrôle et de prévention et le développement des références réglementaires au travail.

Un débat à suivre donc...

Quand la médecine du travail de la SNCF déraile...

Fédération Sud-rail

Rédigé en catimini par la direction SNCF et le ministère des transports, l'arrêté du 30 juillet 2003 (JO du 24 août 2004) relatif « aux conditions d'aptitude physique et professionnelle et à la formation du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national » a été présenté comme un outil pouvant faire obstacle aux futurs opérateurs ferroviaires privés.

Dans les faits, cela s'est rapidement traduit par des atteintes multiples au droit du travail, presque sans résistance syndicale. La fédération SUD rail estime dangereuse la sélection induite par cet arrêté qu'elle dénonce comme contraire au code du travail et à sa traduction dans le règlement intérieur de la SNCF par la directive RH 0409 (ex PS24B). La plupart des médecins du travail de la SNCF se soumettent aux critères de sélection et de production que l'entreprise tente d'imposer. Les normes « médicales » de sécurité sont étendues à d'autres cheminots que les agents de conduite. L'application de ce texte par le médecin du travail casse l'une des plus fragiles solidarités et la confiance qui existait quelque fois entre le cheminot et lui. Un agent de conduite à 1 an de la retraite ne comprend pas l'attitude de son médecin du travail qu'il connaît depuis 30 ans. Il lui impose de « pisser » dans un flacon dans le strict cadre du protocole imposé par la direction des services médicaux, sous la surveillance d'une infirmière. Aux normes médicales d'aujourd'hui vont s'ajouter dès l'automne prochain des normes psychologiques qui font craindre une sélection encore plus inique.

Témoignage

Au triage, mon métier consiste à vérifier l'état du matériel roulant. Aux conditions d'aptitudes professionnelles évaluées par la hiérarchie, s'ajoutent des normes d'aptitude physique « médicales » puisque c'est un poste de sécurité et de nuit (3X8).

L'inaptitude, quelle soit professionnelle ou médicale, entraîne une perte importante de mes revenus (prime de travail, heures de nuit, de dimanche et jours fériés...).

Chaque visite médicale entraîne la même angoisse. Le médecin du travail qui devrait être considéré comme l'allié des salariés est en fait craint car c'est lui qui prononce l'inaptitude au travail. C'est lui qui peut bouleverser socialement toute une vie. Il diffuse des propos, déjà répandus par l'entreprise et par la direction des affaires médicales, consistant à responsabiliser uniquement le salarié, consistant à le culpabiliser quand sa santé lui fait défaut. C'est beaucoup plus simple que de vouloir s'attaquer aux mauvaises organisations du travail et aux contraintes de plus en plus agressives.

L'examen des urines pour la recherche de traces de psycho-actifs est systématisé. Cet examen n'est pas réalisé à l'aveuglette. La direction des services médicaux l'a cadré par un protocole suspicieux : le personnel médical est prié d'accompagner les agents lors du recueil des urines. Nous nous sentons humiliés. Pour ma part, pourtant ni drogué, ni alcoolique je suis inapte au travail ! Mon crime : lors de ma visite annuelle de sécurité, je ne me suis pas exécuté. Je n'ai pas pu uriner dans les conditions prescrites. Je ne sais pas ce qui m'a pris, un véritable blocage. Résultat : une inaptitude de 21 jours prononcée par le médecin du travail. Puis surprise, l'inaptitude sera prolongée d'un mois car le médecin du travail est en vacances. L'arrêté d'aptitude sert de véritable contrôle social, et le médecin est le bras qui l'exécute.

L'INRS fait tomber les masques

Par Sylvie Catala*

Bien qu'ayant fait la preuve de leur manque d'efficacité après un certain temps d'utilisation, nombre de demi-masques sont encore largement utilisés en milieu professionnel ou domestique, faute de mesures conservatoires de la part des fabricants et de nos tutelles.

Au mois de septembre 2003, l'INRS a publié dans sa revue Travail et Sécurité un article intitulé « *Filtres antiparticules, une protection respiratoire conforme, oui mais...* ». Cet article relate que certains demi-masques jetables, s'ils passent sans difficulté les essais à la pénétration aux particules (essais normalisés devant être réalisés avant toute mise sur le marché européen de ce type de protection), perdent leur efficacité si la durée de l'essai est allongée. Ainsi, un demi-masque jetable classé P3 (haute efficacité) au bout des 3 mn « normalisées » d'essai, peut passer en classe moyenne ou faible efficacité (P2 ou P1) au bout d'une heure d'essai. Ces masques sont cependant conformes aux normes européennes et circulent donc toujours sur les marchés français et européen. Les milliers de travailleurs du bâtiment (y compris dans le secteur de l'amiante « non friable »), de la chimie, de l'agroalimentaire, de la réparation automobile, sans compter les bricoleurs, qui utilisent ce type de masques, se croient protégés alors qu'ils inhalent des particules toxiques.

Pas d'interdiction

On aurait pu s'attendre à ce que les fabricants eux-mêmes, conscients de leurs responsabilités, retirent du marché ces produits. Cette pratique n'est pas rare dans d'autres secteurs (alimentaire, automobile, électroménager...), les consommateurs étant appelés par voie de presse à ne pas consommer ou à retourner tel ou tel produit. Mais les travailleurs ne méritent sans doute pas la même sollicitude que les consommateurs, à moins que le risque de scandale ne soit moins grand, car aucun fabricant n'a jugé utile de communiquer sur cette question.

On aurait pu s'attendre aussi à ce que le Ministère du travail, comme la loi lui en donne la possibilité (article R233-79 du code du travail), interdise la commercialisation de ces masques. Cette interdiction lui a d'ailleurs été demandée par deux fois (en juin et juillet 2004) par deux associations, Ban Asbestos France¹ et L611-10². D'autres moyens de

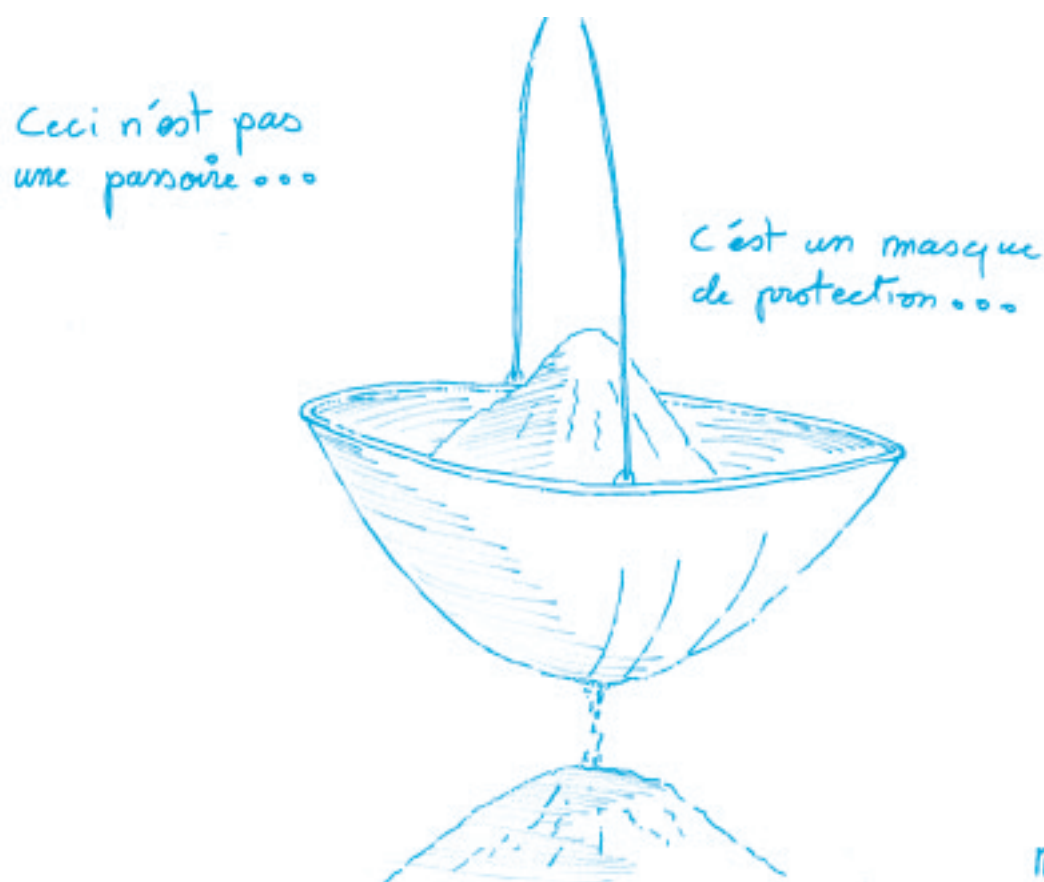
protection existent en effet sur le marché, de type demi-masques à cartouche à filtration mécanique qui, associés à un système de ventilation mécanique, offrent un meilleur niveau de protection et de confort aux travailleurs que ces demi-masques jetables souvent mal ajustés sur le visage et difficiles à supporter plus d'une heure. Il est vrai que ce type de matériel coûte plus cher et que l'interdiction des demi-masques incriminés aurait sans doute suscité des réactions des fabricants, bien sûr, mais aussi de leurs clients...

Les utilisateurs sont priés de lire le JO...

Le Ministère du Travail a donc fait le choix de ne pas interdire l'utilisation et la commercialisation de ces demi-masques. Il a simplement publié un avis au Journal Officiel du 12 juin 2004 destiné aux fabricants et aux utilisateurs de ces équipements. Par cet avis, il invite les fabricants à soumettre leur produit à de nouveaux essais et donne des consignes aux utilisateurs sur l'utilisation et le stockage de ces masques. Il annonce par ailleurs une campagne de contrôle du marché, dans un délai d'environ 6 mois à compter de la parution de l'avis au JO, qui devrait conduire au retrait des masques ne satisfaisant pas aux nouvelles exigences d'essai.

S'agissant des utilisateurs, à part ceux, que l'on espère nombreux, qui se livrent à la lecture quotidienne du JO, on peut émettre un doute sérieux sur le fait qu'ils aient eu connaissance des précautions à prendre avec ces équipements et qu'ils aient même compris le problème. Quant aux fabricants, ils bénéficient d'un délai de 6 mois, voire plus, pour écouler leurs stocks....

Restent les travailleurs qui continuent et continueront à porter ces masques pendant encore un certain temps en se croyant protégés et qui développeront peut être dans quelques années des pathologies respiratoires qui auraient pu être évitées.



* inspecteur du travail, membre de l'Association L611-10

¹L'association Ban Asbestos est une association internationale qui milite pour l'interdiction de l'amiante

²L'association L611-10 regroupe des agents de contrôle de l'Inspection du travail (cf JMT15)

Harcèlement moral : reconnu pour la première fois par la Cour de cassation

« Agissements répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail... » à l'encontre d'un salarié et qui sont « susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel », telle est la définition du harcèlement moral introduite par la loi du 17 janvier 2002.

C'est « l'altération de l'état de santé mentale » attestée par un certificat du médecin traitant qui a été reconnue par la Cour de cassation (chambre sociale, 27 octobre 2004) comme émanant d'un cas de harcèlement chez l'employée d'un magasin, qui a produit (et pu prouver) un certain nombre d'éléments comme des brimades, l'obligation de se présenter tous les matins dans le bureau de sa chef, retrait du téléphone portable...

AMIANTE : UN NON LIEU CONTESTÉ

Une ordonnance de non-lieu rendue par un juge de Dunkerque à propos d'une plainte pour empoisonnement déposée par les familles de quatre victimes de l'amiante a provoqué une levée de boucliers. Le 25 novembre dernier, 140 veuves de victimes de l'amiante ont exigé un procès au pénal, promettant de se mobiliser publiquement si leur exigence n'était pas prise en compte. Les veuves pensent que la loi Fauchon serait - au moins en partie - à l'origine de ce non-lieu.

Que fait le SNPMT...

Le bureau du SNPMT et notamment les secrétaires généraux entretiennent des échanges avec tous les partenaires concernés par la santé au travail.

Les dernières rencontres avec la Direction des Relations du Travail avaient pour but d'infléchir la circulaire d'application du décret et d'enrichir le Plan Santé Travail. Avec le syndicat des MIRTMO, une recherche de convergences s'impose. La question de l'indépendance des médecins du travail avec le nouveau décret a été abordée avec le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le SNPMT anime le Collectif Santé Travail où la recherche de synergie avec les partenaires syndicaux et associatifs est une préoccupation constante. Il anime des Forums Santé Travail avec ses partenaires dans plusieurs régions, dont tout dernièrement à Toulouse.

Après avoir échangé avec des responsables de l'UMP, le SNPMT a aussi rencontré des représentants du PS, du PC et d'ATTAC à l'occasion des Etats Généraux de l'Assurance Maladie.

Le SNPMT était présent avec les sénateurs sur le thème « violences sexuelles et sexistes dans les relations de travail ».

Sur un plan plus professionnel, la représentation de la médecine du travail est portée par le SNPMT au Conseil National des Médecins Salariés de la Formation Médicale Continue.

D'autres contacts récents s'ajoutent avec le GIT (groupement des Infirmières du Travail), le SMG (Syndicat de la Médecine Générale), et le collectif Ether de Glycol...

A suivre...

travail est prêt à se saisir plus que jamais. Ce qui fait l'intérêt de l'approche médicalisée généralisée en médecine du travail, c'est l'élaboration que fait un médecin supposé connaître le travail et la santé avec des sujets confrontés au travail. L'intérêt n'est certainement pas l'avis d'aptitude dont l'inefficacité et la perversion en matière de prévention sont amplement démontrées. Le médecin du travail, ainsi dispensé des avis d'aptitude, est l'observateur privilégié du salarié dans sa quête de santé au travail. Il est en situation d'accompagnement et non de sélection. Ses connaissances médicales et du travail ainsi que son écoute plurielle des salariés et de l'entreprise en font l'interlocuteur le plus utile face aux dérives des relations du travail. C'est ainsi, par exemple, que dans ce qu'on appelle trop souvent le harcèlement moral, entre les situations de surcharge de travail, de refus de travail, d'injonctions paradoxales d'entreprises ou de l'agression répétée et organisée d'un pervers, le regard du médecin du travail sur la plainte peut être pondéré tout en étant bienveillant et distant. Il évite bien des interprétations erronées qui s'enlisent dans la victimisation individuelle ou collective.

Des pays avancés s'en passeraient ?

On entend dire que de nombreux pays développés se passeraient très bien de cette approche médicalisée de la santé au travail. Quels pays ? la Grande Bretagne où malgré de nombreuses « nurses » les conditions de travail désastreuses sont réputées ? L'Allemagne où les syndicats gèrent des mutuelles à forte protection ? La Suède ou la Finlande où les médecins de soins s'impliquent dans la protection des travailleurs ? L'Italie où les « combinatione » bottent les invalides du travail en touche à grande échelle ? Les USA où un excellent niveau de recherche n'épargne pas des millions de travailleurs précaires des expositions professionnelles les plus pathogènes ?... Aucun exemple étranger n'est un argument valable pour abandonner l'approche médicalisée de la santé au travail.

... indispensable à une Santé Publique du Travail

L'approche médicalisée que des centaines de médecins du travail revendiquent et que des milliers esquissent est une plus value pertinente pour la santé des salariés :

c'est une valeur pour la société non seulement à conserver mais aussi à exporter. Plusieurs enquêtes de santé au travail en France ont une qualité inégalée ailleurs en raison de l'implication et de la participation des médecins du travail. Les enquêtes SUMER, l'enquête ESTEV, VISAT, JERICO et plusieurs autres sont enviées par les observateurs d'autres pays. Plus récemment, les résultats du réseau d'observation des TMS (troubles Musculo Squelettiques) des Pays de la Loire ont étonné, à Barcelone, tous les experts européens par leur valeur épidémiologique. L'animateur du réseau, le Docteur Yves Roquelaure n'a qu'une réponse : il n'y a qu'en France qu'on a pu trouver 80 médecins volontaires sur le terrain du travail d'une région (Région des Pays de la Loire) pour se coordonner avec une telle rigueur.

Oui, la médecine du travail de notre pays est en train de défricher depuis une dizaine d'année la mise en œuvre d'indicateurs et de pratiques de métier pertinents de la santé au travail. Serait-ce pour cette raison que des lobbies souhaitent l'étouffer ?

Les enquêtes ou observations sociologiques et/ou ergonomiques ne remplaceront jamais les enquêtes épidémiologiques bien plus précises que les médecins du travail peuvent et doivent continuer de développer à partir de leur exercice clinique systématique.

Une inscription dans la durée pour prétendre à une vraie reconnaissance

Une approche médicalisée est aussi nécessaire pour l'observation dans le temps des relations entre le travail et la santé des salariés. Les liens à long terme entre les expositions au travail et la santé sont encore très mal suivis tant pour les cancers que pour les usures ou plus encore pour les troubles psychosociaux. Les attestations d'exposition devraient devenir un outil pour que la médecine du travail observe, avec les médecins qui suivent les personnes avançant en âge, les corrélations qui permettront de reconnaître et prévenir les nombreuses situations pathogènes du travail.

La clinique de la santé au travail est le fruit exclusif de l'approche médicalisée du travail. Mais la clinique de la santé au travail a besoin de reconnaissance. Les médecins de soins oublient encore trop souvent ces partenaires experts que sont les médecins du travail pour la part professionnelle des pathologies et leurs incidences

sur les postes de travail. Les médecins conseils de la Sécurité Sociale (régimes d'assurance maladie ou caisses d'AT MP) peuvent, afin d'atteindre des objectifs d'économie, ignorer les avis d'aptitude temporaire ou partielle dont le médecin du travail est presque toujours de loin le meilleur expert avec le salarié.

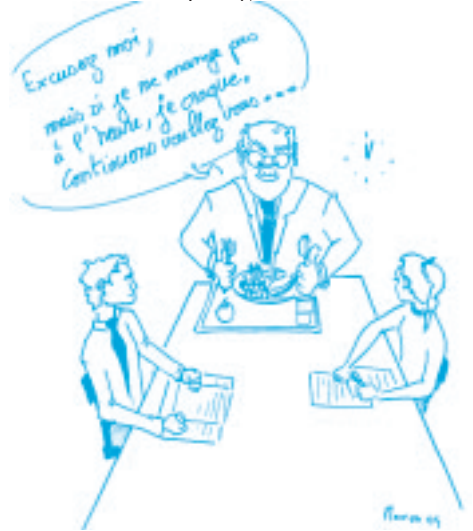
Pour les entreprises, la restitution analytique et subjective que les médecins du travail commencent à prendre le temps de faire, surclassera des dénombrements d'aptitudes ou d'expositions pas toujours significatifs et des recommandations peu suivies.

La clinique de la santé au travail est devenue un indicateur indispensable à un objectif de santé au travail de qualité. Elle passe par le maintien d'une approche médicalisée systématique des salariés, une approche les responsabilisant et surtout une approche finement élaborée par les médecins du travail et respectée par l'institution. ■

Un gros appétit... de travail

Dans une grande entreprise bien Française, le directeur convoque ce lundi le staff hebdomadaire des cadres entre midi et 14h faute d'autres temps disponibles. Au milieu de la réunion, à 13H la porte s'ouvre et le plateau repas que porte la secrétaire de direction fait saliver tout le monde, avant qu'elle ne le dépose devant son directeur. Celui-ci s'adresse avec simplicité et un sourire convivial à ses collaborateurs : « excusez-moi, mais moi, si je ne déjeune pas à l'heure, je ne tiens pas, je craque. Mais continuons, je vous écoute... ».

Quelle modestie de manager de reconnaître que tous les humains ne sont pas égaux devant la santé !



>> Le SNPMT à votre écoute >>

CONTACT PAR REGION

Aquitaine
Dr Jean-Luc Nicolas
34 rue Saint Gelais
16000 Angoulême

Auvergne
Dr Marc Dalle Fratte
208 rue du Champ Clos
63110 Beaumont

Bretagne
Dr Elisabeth Jouffe
7 rue Monseigneur Duchesne
35000 Rennes

Bourgogne-Franche Comté
Dr Jean-Paul Duléry
Le Logis
21310 Bézouotte

Dauphiné-Savoie
Dr Jacques Robinet
3 rue de Clapière - 38120 Saint Egrève

Ile de France
Dr Jean-Michel Domergue
2 rue de la Côte d'Or - 91230 Montgeron

Languedoc Roussillon
Dr Michel Vieules
12 rue Marcel Pagnol - 11200 Lezignan Corbières

Midi-Pyrénées
Dr Mireille Théron
26 Allée de la Drôme - 31770 Colomiers

Alsace-Lorraine
Dr Emma Ravonjison
35, av. de la République - 54150 Briey

Poitou-Charentes-Limousin
Dr Mireille Chevalier
27 rue de la Tranchée
86000 Poitiers

Pays de Loire
Dr Yves Henri Martin
Village de Frémur
49130 Ste Gemmes sur Loire

Provence-Alpes-Côte d'Azur
Dr Marc Bréglino
46 bd Notre Dame
13006 Marseille

Rhône-Alpes
Dr Elisabeth Trescol
19 rue Jules Michelet
69003 Lyon

CONTACT PAR BRANCHE

■ SERVICES INTERENTREPRISES
Dr Gilles ARNAUD
21 rue du Pigeon Blanc
86000 Poitiers

■ SERVICES AUTONOMES
Dr Lionel DORÉ
16 cours du 7eme Art
75019 Paris

■ FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT
Dr Maryline BLAVETTE
30 rue Damiette, 76000 Rouen

■ FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
délégue par interim
Dr Françoise CASAUX
11 rus des Ombrages
31650 Saint-Orens

■ MÉDECINE DU TRAVAIL
DU PERSONNEL HOSPITALIER
délégue par interim
Dr Patrick BOUET
12 rue des Coudres
86440 Migné Auxances

Le Journal des Médecins du Travail

N° 16

JANVIER 2005

12 impasse Mas • 31000 Toulouse
Tél. 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66

<http://pro.wanadoo.fr/snpmt/>

Publication du SNPMT (Syndicat national professionnel des médecins du travail)

Directeur de la publication : Gilles Arnaud
Directeur de la rédaction : Gérard Lucas
Rédacteur en chef : Anne Florentin
Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier
Chefs de rubrique
ACTUALITES SYNDICALES : G. Arnaud, J.-C. Guiraud
TERRAIN : Jean-Luc Nicolas
INSTITUTIONS : Maryline Blavette
ENTRETIEN : Anne Florentin
CHANTIERS : Jean Paul Duléry
EUREKA : Mireille Chevalier
Ont collaboré : V. Bacle, F. Bardot, S. Catala
Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Publicité et abonnement : Micheline Chevalier
Commission paritaire : 0 106 S 05 549
Imprimerie des Capitouls,
4, avenue Georges Clemenceau - 31130 Balma

Coupon d'Abonnement

Oui je souhaite m'abonner au Journal des Médecins du Travail au prix annuel de 35€ (6 numéros par an)

Mlle, Mme, M.
Rue
Ville..... Code postal
Tél. Mail

Adhésion au SNPMT

Oui je souhaite adhérer au SNPMT
Pour les tarifs, consulter le secrétariat, tél. 05 61 99 20 77
(abonnement au JMT compris dans la cotisation)

Dr
Rue
Ville..... Code postal
Tél. Mail

Règlement : Chèque à l'ordre de Madame la trésorière du SNPMT
12 impasse Mas, 31000 Toulouse • Tél : 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66 • Courriel : snpmt.toulouse@wanadoo.fr