

>> Sommaire

Actualité du syndicat ... p.2

- Plan Santé-Travail
- Le syndicat dorénavant ouvert aux infirmier(e)s du travail
- Petit lexique d'un changement de nom...
- Contentieux
- La preuve par 7

Terrain p.3

- Du perçu au réel : approche simultanée des conditions de travail...
- Pas de dépistage obligatoire du VIH chez les soignants

Institutions p.4

- Réforme de l'assurance maladie
- Une énigme : quelle sollicitation du médecin du travail ?
- Exemple de l'accès aux soins pour une pathologie à caractère professionnel.
- Solidarité ou compromis...

Entretien p.5

- Nouvelle réglementation: application sur le terrain...

Chantier p.6

- Risques liés aux poussières de freins dans les garages
- Quelles leçons tirer de cette expérience ?
- Evaluation d'une action de prévention en santé au travail

Eurétha p.7

- Rôle confirmé des Ethers de glycol dans l'atteinte de la reproduction
- Première mises en examen dans le dossier amiante de Jussieu
- Collectif ethers de glycol

Comment s'abonner

p. 8

Le Journal des Médecins du Travail

N° 17

mars 2005

>> Editorial

Le journal des professionnels de la santé au travail fera suite naturellement au journal des médecins du travail. Les nouvelles dispositions décrétées aux médecins, aux IPRP et à leurs collaborateurs imposaient de réfléchir, d'agir et de réagir ensemble. Les sirènes avertissant des atteintes à la santé au travail se font assourdissantes, a fortiori pour nous qui sommes des témoins de première ligne. Notre cacophonie serait coupable. Les arrêts de travail vont être contrôlés avant d'être compris. Le Plan Santé Travail est élaboré sans les professionnels de la santé. A propos du décret sur la pluridisciplinarité, le conseil d'état jongle sur la forme pour ne pas prendre en compte le recours sur le fond. La DGS confirme le démantèlement de la médecine du travail en n'attribuant que 10 postes d'interne. Il est confirmé que les ethers de glycol atteignent le patrimoine génétique.

Et pour «parfaire» un tableau déjà noir, la réforme de l'assurance maladie et du système de soins va bien évidemment diminuer l'accès aux soins.

Alors, les médecins du travail sont plus utiles que jamais. Des enquêtes de perception le confirment alors que l'enquête SUMER atteste du réel de l'atteinte de la santé au travail, qu'un médecin du travail de terrain nous fait part de la pertinence de son métier pendant que d'autres évaluent, avec un ORST, l'utilité de leur pratique quotidienne auprès des garagistes. Alors ne baissons pas les bras. Résistons...

Gérard Lucas ■

Contrôle des arrêts maladie : et si contrôler sans comprendre n'était que perte de contrôle...

Par Gilles Arnaud

Les statistiques ayant montré une forte croissance des indemnités journalières hors maternité, de 11 % versées au titre de l'année 2002, de 6 % en 2003, la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) a présenté, le 11 mai 2004, parmi 6 plans d'actions, une régulation des dépenses d'indemnités journalières maladie. Pour autant, il ne faudrait pas, sous prétexte de combler le déficit, perdre de vue les motifs qui amènent les salariés à s'arrêter ... parmi lesquels les facteurs professionnels semblent majoritaires !

Des rapports édifiants

La loi n°2003-1119 du 18/12/2003 avait déjà instauré (article 43) un contrôle renforcé portant sur les prescriptions d'arrêts maladie apparaissant anormalement élevées au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé de la même profession, sur les liaisons entre médecins conseils et médecins contrôleurs des employeurs, avec possibilité de suppression des indemnités journalières et sur l'examen renforcé des patients en arrêt maladie.

Les nouvelles dispositions prévoient un contrôle ciblé prenant en compte la durée des arrêts, la nature du risque (maladie ou AT/MP), le type de pathologie et les avis des médecins contrôleurs missionnés par les employeurs, mais aussi une étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail associée à des actions de sensibilisations et à l'établissement d'un référentiel.

L'étude approfondie de la justification médicale des arrêts de travail et l'établissement d'un référentiel ont fait l'objet de rapports tels que celui de l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), «Etat des lieux et des propositions pour l'amélioration des pratiques» présenté en septembre 2004.

Une autre étude «ayant pour objectif de décrire les motifs médicaux et de l'environnement socioprofessionnel des assurés en fonction de la durée de leur arrêt de travail» a été lancée avec présentation, en octobre 2004, d'un rapport intitulé «description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois». Les données médico-socio-professionnelles ont été recueillies par les médecins conseils au cours de contrôles de la justification médicale des arrêts maladie.

... qui mettent en cause les conditions de travail

Cette étude transversale descriptive, réalisée en 2004 sur l'ensemble du territoire français par sélection de trois échantillons représentatifs d'assurés en arrêt maladie relevant exclusivement du risque maladie, montre des résultats qui mettent largement en cause les conditions de travail dans la survenue des pathologies et des arrêts de travail.

Ainsi 94% des arrêts de travail apparaissent médicalement justifiés, chiffre quasiment identique à celui observé dans le cadre de la dernière enquête lancée par la CNAMTS en 1997.

L'étude des causes des arrêts maladie pointe plusieurs données en rapport avec les conditions de travail, venant ainsi confirmer différents rapports dont le plus significatif est «la prévention sanitaire en milieu de travail» rédigé par l'IGAS (n°2003 015, février 2003).

Parmi «les 5 faits marquants principaux» de ce rapport sur les arrêts maladie, 4 sont en lien avec les conditions de travail.

C'est ainsi que les arrêts les plus longs touchent davantage les salariés âgés de 55 ans et plus. Ces arrêts longs sont le plus souvent liés à des affections de longue durée (ADL) telles que les cancers.

De nombreuses études montrent en parallèle la sous déclaration des cancers professionnels dont certains auteurs, spécialisés en santé publique, estiment qu'ils représentent plus de 20% de toutes les causes de cancers.

Le rapport souligne que «quelles que soient les populations étudiées, les catégories socioprofessionnelles les plus représentées sont les ouvriers et les employés», tandis qu'un des secteurs d'activité le plus fréquemment représenté est celui de l'industrie manufacturière.

Il pointe également les trois premiers motifs médicaux d'arrêts de travail: maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (25%), troubles mentaux et du comportement (15%), lésions traumatiques (10%) suivis des pathologies tumorales.

L'«épidémie» de TMS que l'on observe, ainsi que les objectifs de la loi de santé publique et du plan santé travail visant à diminuer de 25% en 5 ans la fréquence de ces pathologies, valide la pertinence de cette enquête. Si les troubles mentaux et du comportement arrivent en seconde position, on ne peut que souligner la part de plus en plus importante des mauvaises conditions de travail dans la genèse de ces pathologies (relations dégradées, injonctions paradoxales telles que produire davantage en faisant davantage de qualité...).

Le rapport souligne également la «proportion plus importante d'arrêts de travail liés aux troubles mentaux chez les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires» ainsi que le stress des cadres.

Les salariés interrogés sur «les difficultés ressenties au travail en fonction de la durée moyenne d'arrêt de travail» jugent dans la moitié des cas

leur travail plutôt pénible, 2 salariés sur 10 disant ressentir un conflit dans leur travail (hiérarchique ou entre collaborateurs).

... corroborant l'avis des médecins du travail

Les médecins du travail observent fréquemment que les pathologies articulaires lourdes de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux, touchent souvent les plus de 55 ans a fortiori lorsqu'ils ont été exposés dès 14 ans à des travaux physiquement pénibles. Il est par ailleurs souligné par les mêmes médecins du travail que de nombreuses pathologies cardiovasculaires invalidantes sont en rapport avec le stress professionnel.

Si l'enquête montre aussi que les femmes sont sur-représentées parmi les personnes en arrêt de travail, évoquant l'explication de «complications médicales de la grossesse», les médecins du travail observent, de leur côté, sur le terrain que les femmes occupent encore majoritairement des postes peu qualifiés et/ou mettant en jeu des relations avec un public «agressif», ce qui en général génère de fortes contraintes ostéoarticulaires et/ou mentales. Le point central de cette enquête à savoir la mise en cause des conditions de travail sans que les arrêts de travail injustifiés soient supérieurs aux résultats de 1997, laisse présager qu'un renforcement isolé des contrôles des arrêts maladie sera insuffisant pour régler à long terme le problème du déficit de l'assurance maladie.

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

On vous l'avait dit...

Y z'en cause dans les médias ou les tribunes.... comme si ils venaient de découvrir ce que nous, «pôvres» scribouillards du JMT, nous évertuons de souligner depuis des mois car on a l'extrême prétention de parler de ce que l'on connaît....

Souvenez-vous..... «quicestqui» l'a déjà dit..... que les travailleurs vieillissent aussi, que le marché de l'emploi n'est pas favorable aux seniors, que de nombreux postes de travail génèrent des TMS, que la directive Bolkentstein, dont il a été récemment question à l'Assemblée nationale, pourrait porter atteinte à l'harmonie de l'Europe sociale (JMT 14), que les nouvelles organisations de travail ont majoré le stress, devenu l'un des risques psycho-sociaux émergents, que la violence est banalisée comme un risque du métier (JMT 15), que le harcèlement est devenu une technique managériale (JMT 4), que les cancers professionnels sont sous-évalués (JMT 8), que les ethers de glycol sont dangereux (JMT 2), que les médecins inspecteurs du travail sont en nombre insuffisant (JMT 1 et 15).....et j'en passe !!!

Alors, les mains dans le cambouis, le nez dans le guidon.... on continuera à déceler ce qui ne va pas, ce qui peut porter atteinte à la santé.... on pesterà parfois (souvent !) de ne pas être entendu mais à témoigner toujours !

Observateur privilégié du terrain, on est... et resterons !!

On peut même rêver au jour.... où nos décideurs en tiendront compte...

La nana des lilas

Plan Santé-Travail : dernière mouture ...sans l'avis des professionnels...

La dernière version du Plan Santé-Travail a été présentée au conseil supérieur de prévention des risques professionnels le 15 février dernier avant d'être présentée au conseil des ministres. Les représentants des professionnels de santé au travail, et notamment les médecins du travail, ont été écartés de l'élaboration de ce plan conçu par une commission ad hoc organisée autour du ministère du travail de septembre 2004 à février 2005.

Ce sont les partenaires de plusieurs centrales syndicales de salariés qui ont corrigé les différentes versions au fur et à mesure. Autrement dit, le plan santé travail est conçu sans l'avis des 7000 professionnels hautement spécialisés, observateurs institutionnels au quotidien de la santé des salariés et des conditions de travail.

Le SNPMT n'a pu donner son avis très indirectement qu'une première fois en octobre par son représentant à une réunion de la commission du CSPRP, et une seconde fois lorsque le SNPST a été reçu, à sa demande express, le 24 février dernier, pour s'entendre dire par les membres du cabinet du ministère du travail que le Plan était... bouclé !

Pour autant, le SNPST salue d'emblée l'émergence d'un plan santé travail attendu depuis longtemps. Il a rapidement fait savoir, à l'automne 2004, dans «une positive attitude» chère à nos dirigeants, son appréciation du cadre général mais aussi ses attentes pour y combler le manque de place accordée aux médecins du travail dans les actions et surtout l'absence de prise en compte de l'approche médicalisée de la question de la santé au travail, pourtant importante.

Ce que propose le plan

Après avoir constaté, en préambule, l'insuffisance de la diminution des accidents du travail et de la reconnaissance des maladies professionnelles, le plan décline quatre objectifs louables à savoir développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions professionnelles, renforcer l'effectivité du contrôle, réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches et les administrations, encourager les entreprises à être acteurs en santé au travail.

La direction des relations du travail a donc fini par entendre les partenaires sociaux sur plusieurs points. L'INRS garderait son identité. L'intégration de la santé au travail sous la houlette de l'environnement fait place enfin à une agence spécifique en santé au travail qui sera bien mise en place avec son budget et son administration propres. La veille en santé au travail reste rattachée à l'INVS. La référence exclusive aux indicateurs de la branche AT/MP sera heureusement pondérée.

Les questions en suspens

Les partenaires sociaux expriment cependant encore des attentes et des interrogations. Ainsi, de nombreuses dispositions séduisantes dans le développement des connaissances et de la recherche ne sont accompagnées d'aucuns moyens nouveaux et font donc craindre un redéploiement sabreur. Les commissions régionales de prévention des risques professionnels, qui vont remplacer les futures défunctes Commissions Régionales de Médecine du Travail, inquiètent par leur composition, leurs missions à côté des ORST. On peut en effet craindre un émiettement régionalisé du droit du travail, et un abandon du droit en faveur de contrats et de logiques assurantielles.

Les médecins du travail ne peuvent que constater que ce plan n'affronte pas la «verruge» de l'aptitude et se contente de prévoir une commission dont on ne sait même pas si les représentants des médecins du travail y auront une place significative.

Plus grave, les professionnels de santé au travail ne sont plus évoqués comme partenaires des instances régionales de coordination. Seuls les Services de Santé au Travail sont cités et on devine, par l'expression de plus en plus nette de l'inféodation des directions aux chefs d'entreprise, les limites de leur pertinence en terme de santé au travail.

La grande lacune de ce plan réside dans le déni de la nécessaire approche médicalisée de la santé au travail.

Dès le préambule, l'augmentation ces dernières années des TMS est attribuée à « une plus grande ouverture du système juridique et un assouplissement des critères de reconnaissance ainsi qu'une plus grande sensibilisation du corps médical ». C'est oublier que de toute évidence, ce sont les conditions de travail elles mêmes et la dimension subjective de l'être humain dans le travail qui sont déterminants dans la croissance des TMS.

Le ministère a beaucoup travaillé ... en omettant l'essentiel : ce sont des sujets qui sont malades du travail.

La copie paraît donc bien... hors sujet !

Contentieux



Toujours pas de réel statut protecteur des IPRP

Le SNPMT, arguant d'une atteinte à la prévention de la santé au travail et à l'éthique de la médecine du travail, a essayé de s'opposer à la mise en place de la réglementation sur la pluridisciplinarité et de l'arrêté relatif à l'aptitude physique du personnel habilité à l'exercice de fonctions de sécurité sur le réseau ferré national.

Mais les décrets, arrêtés, circulaires se sont succédés sans que les voix des professionnels, par l'intermédiaire du SNPMT, ni celles des usagers relayées par les centrales syndicales, ne soient prises en compte.

Le SNPMT a alors fait appel au Conseil d'Etat en faisant valoir le risque d'inefficacité voire de régression de la prévention en santé au travail dans notre pays, du fait de l'absence d'indépendance réelle accordée aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), du rôle ambigu donné aux organismes de prévention, à la fois "habilitateurs" pour les IPRP et intervenants rémunérés eux-mêmes au titre d'IPRP et de l'obligation faite aux médecins du travail d'exercer une médecine de sélection et d'expertise dans le cadre d'une aptitude sécuritaire, incompatible avec leur mission de prévention.

Le Conseil d'Etat, comme il l'avait fait pour le décret CMR, n'a pas voulu désavouer les mesures gouvernementales. Il s'est contenté de rappeler les fausses garanties d'indépendance avancées par le gouvernement, qu'il s'agisse des IPRP sans véritable statut protecteur, ou des médecins du travail à qui il est demandé d'associer médecine de prévention et de contrôle.

Notre justice, encore une fois, s'appuie sur des questions de forme et refuse d'aborder les problèmes de fond.

Mais que feront les juges quand des salariés victimes demanderont réparation, à qui feront-ils porter la faute de l'échec de la prévention en santé au travail ?

Pour le maintien d'un accord d'entreprise plus favorable...

Un service interentreprises de Saint Etienne a signé, en janvier 2001, un accord sur la réduction et l'aménagement du temps de travail, précisant que la réduction du temps de travail s'effectuait sans baisse des rémunérations.

Après la signature de l'accord cadre du 23 avril 2002, la Direction du service a voulu imposer les modérations de salaires prévues par cet accord.

Le Conseil de Prud'hommes de Saint Etienne, dans son jugement en première instance du 29 septembre 2004, a décidé que la modulation salariale ne s'appliquait pas aux salariés du service et a condamné ce dernier à payer les rappels de salaires, confirmant ainsi qu'un accord d'entreprise plus favorable prime sur un accord de branche.

La preuve par 7...

7 fois moins de poste d'internes en médecine du travail, à savoir 10 seulement au lieu des 73 de l'année précédente qui étaient déjà en nombre insuffisant pour appliquer même les nouveaux textes. En 2010, près de la moitié des médecins du travail actuels seront en retraite. D'autres spécialités sont également touchées: 2 fois moins de poste en pédiatrie et surtout 8 fois moins de postes en santé publique. Les généreux plan santé, plan cancer et plan santé au travail devront donc se faire sans médecin, sans santé et sans prévention.

Quelle incohérence !

Le syndicat dorénavant ouvert aux infirmier(e)s du travail

Le SNPST, issu du Syndicat National Professionnel des Médecins du Travail, vient d'être créé. Cette transformation, qui permet l'ouverture aux Infirmiers/Infirmières du travail, répond à une double volonté:

- . revendiquer et affirmer la nécessité de l'indépendance des professionnels de santé au travail,
- . défendre la notion d'unité de base associant médecins, infirmier(e)s, secrétaires et assistants médicaux.

Il s'agit de réaffirmer l'importance du regard clinique de la prévention en santé au travail mais aussi de défendre le statut des infirmier(s) et des secrétaires assistant(e)s au sein de cette unité de base.

Cet organisme est un lieu de réflexions et d'échanges sur le fonctionnement des équipes Médecins du Travail - Infirmier(e) de Santé au Travail, par la constitution d'un réseau et de commissions de travail sur nos champs de compétences, nos pratiques professionnelles et nos complémentarités. Il nous donne une représentativité auprès des partenaires sociaux et offre les services courants d'un syndicat (assistance technique et juridique, information, défense collective de l'éthique et de la déontologie professionnelle).

Les négociations, menées depuis 2001, entre le SNPMT et le Groupement des Infirmiers du Travail ont permis l'adoption de statuts définissant la représentativité de chacune des professions: droit de veto, nombre de sièges attribués. Ces statuts sont disponibles sur le site du syndicat.

Depuis le 22 janvier 2005, l'adhésion individuelle des Infirmier(e)s de Santé au Travail est possible.

Afin que le syndicat devienne l'affaire de tous, nous invitons donc les Infirmiers et Infirmières de Santé au Travail à adhérer massivement au SNPST.

Petit lexique d'un changement de nom...

Le Syndicat National des Professionnels de Santé au Travail (SNPST) remplace dorénavant le SNPMT. Cette évolution s'impose d'autant plus que les décrets sur la pluridisciplinarité et sur la médecine du travail mettent les professionnels intervenants en santé au travail en situation de coopération sinon de concurrence.

Le SNPST est un syndicat professionnel qui défend l'exercice d'une profession et en promeut les objectifs de métier qui ne peuvent faire abstraction de l'éthique et de la solidarité citoyenne. Face aux pouvoirs publics et aux employeurs, le SNPST a une place claire dans son domaine par cette position spécifique aux cotés des confédérations syndicales.

Pour autant, il ne faut pas confondre et préciser ce que n'est pas le SNPST.

Le SNPST n'est pas un syndicat corporatiste, dans la mesure où un syndicat corporatiste défend les intérêts d'une corporation sous l'aspect du statut et de l'exclusion.

Le SNPST n'est pas un syndicat autonome, dans la mesure où un syndicat autonome défend les intérêts des salariés ou intervenants d'une entreprise sans considération de la solidarité externe.

Du perçu au réel : approche simultanée des conditions de travail . . .

Par Marylene Blavette

Deux enquêtes sont parues récemment à savoir le sondage auquel a procédé en octobre 2004, comme en 2000, le ministère du travail sur la perception des conditions de travail parmi un échantillon représentatif de la population (1002 personnes actives interrogées) et les premiers résultats de l'enquête SUMER réalisée entre juin 2002 et fin 2003 auprès de 1792 médecins du travail sur l'exposition aux risques et aux pénibilités dans le travail de près de 50 000 salariés. Ce que perçoit le salarié de ses nuisances au travail est-il corroboré par l'étude des médecins du travail ?

Regard croisé sur des résultats qui, bien qu'émanant d'enquêtes aux protocoles différents, permettent d'apprécier l'écart entre le réel et le perçu...

La hiérarchisation des risques

* coté perçu

Les salariés ressentent

Le risque de développer une maladie liée au travail progresse alors que le risque d'accident du travail diminue

* coté réel...

Sumer montre que

Les contraintes organisationnelles, les facteurs de stress et la nécessité de travailler dans l'urgence augmentent

Si le risque routier reste en première position sur l'échelle des expositions ressenties, le risque d'accident ou de pathologie liée au travail est maintenant passé au deuxième rang (alors qu'il était au 3^e rang après la pollution en 2000). Il existe cependant une nette différence entre la perception du risque accident du travail qui est plutôt jugé en régression (en augmentation dans 19% des cas) alors que le risque de développer une maladie liée au travail est jugé en nette progression (dans 35% des cas).

Ils sont 41% à juger leurs conditions de travail assez ou très difficiles

Le stress arrive en première position parmi les risques perçus avec 38% (34% en 2000) suivi par le travail sur écran (22%), les problèmes de posture dans 20% des cas et de port de lourdes charges dans 18% des cas.

Si la proportion de salariés travaillant sur écran pendant plus de 20 heures par semaine a quasiment doublé entre 1994 et 2003 pour atteindre 22%, ce sont surtout, depuis dix ans, les contraintes horaires et les rythmes de travail qui ont augmenté pour les salariés qui étaient les moins touchés.

Ainsi, si les longues journées de travail sont devenues plus rares et le travail répétitif moins répandu, les contraintes organisationnelles, facteurs de stress, se sont globalement accrues.

Aucun secteur n'est épargné par le développement du sentiment de devoir travailler dans l'urgence: trois salariés sur cinq se déclarent obligés de devoir fréquemment abandonner une tâche programmée pour une autre non prévue.

Si le temps de travail a diminué, la proportion de salariés subissant des astreintes a doublé (de 5% à 10%). La proportion de salariés travaillant en contact direct avec le public a progressé, passant de 63% à 71%, avec une progression du sentiment de menace d'agression physique, principalement dans le commerce et les services.

L'exposition à des agents biologiques est restée stable, mais l'exposition aux produits chimiques a progressé.

Les contraintes et les pénibilités physiques se sont surtout amplifiées pour les catégories déjà les plus atteintes.

La maîtrise des risques professionnels

* coté perçu

Les salariés ressentent

Pour 3 salariés sur 4, c'est l'organisation du travail qui est responsable des risques au travail

Le médecin du travail est le plus efficace pour les questions de santé et sécurité au travail



* coté réel...

Sumer montre que

Le bruit, la manutention ne diminuent pas

L'exposition aux risques chimiques augmente

Si 75% des personnes interrogées pensent que l'organisation du travail joue un rôle important dans l'émergence des risques au travail, ils sont 55% à estimer qu'il est dans la logique des choses qu'avec le progrès, les risques d'accidents du travail ou de maladies liées à l'activité professionnelle disparaissent progressivement. Ils sont ainsi 73% à estimer que les entreprises seraient plus performantes si elles investissaient davantage dans la réduction des risques professionnels et qu'en faisant le nécessaire, on peut éliminer les risques d'accidents de travail et de maladies liées à l'activité professionnelle.

Le sur risque du au travail est cependant accepté dans 34% des cas. Si les problèmes liés aux questions de santé et de sécurité au travail sont déclarés plutôt ou totalement négligés pour 25% de l'échantillon, c'est par manque d'information des salariés dans 59% des cas, par manque de moyens financiers dans 51% des cas et par manque de formation des salariés dans 50% des cas.

Les salariés, en cas de problème de santé lié au travail, contactent en premier lieu leur supérieur hiérarchique, puis le médecin du travail puis enfin le CHS-CT. Pour autant, c'est le médecin du travail qui leur apparaît être le plus efficace en ce qui concerne les questions de santé et de sécurité au travail, devant le CHS-CT et l'inspection du travail. La quasi-totalité des personnes interrogées pense que la prévention des risques doit se faire en étroite collaboration avec les salariés, alors qu'il y a 10 ans, 20 % d'entre eux pensait que la prévention relevait uniquement de l'employeur.

Ils jugent cependant que leurs expositions à de nombreux risques est en diminution. Ce qui n'est malheureusement pas le cas, si l'on s'en réfère aux résultats de l'enquête SUMER

Les entreprises, visant à s'adapter davantage aux demandes de leur clientèle, deviennent plus réactives face aux exigences du marché ce qui n'est pas sans conséquence sur les nouvelles formes d'organisation du travail. 55 % des salariés déclarent ainsi devoir répondre rapidement à une demande extérieure.

Par ailleurs, contrairement à ce que peuvent espérer les salariés, de nombreux risques ne diminuent pas, quand bien même des progrès technologiques seraient intervenus, ce que montre bien l'enquête des médecins du travail

Ainsi, malgré les progrès dans le domaine de l'acoustique, la proportion de salariés exposés à des bruits supérieurs à 85 Décibels a plutôt tendance à augmenter. La manutention manuelle de charges demeure et même augmente. L'exposition aux produits chimiques, particulièrement sous estimée par les salariés, ne diminue pas contrairement à ce qu'en pensent les salariés: on note plutôt une augmentation de cette exposition, touchant près de 37% des enquêtés.

Opinion des salariés sur l'Europe sociale: sondage du Ministère

Concernant les travaux de l'Union Européenne sur les questions de santé et de sécurité au travail : 14% se considèrent bien informés, 71% pas ou peu informés mais souhaiteraient l'être davantage, 15% pas informés mais pas intéressés

Entrée dans l'UE des dix nouveaux états membres

L'impact sur les conditions de travail est jugé positif dans 24% des cas, négatif dans 40% des cas et sans impact du tout dans 33% des cas

L'impact sur les salaires est jugé positif dans 11% des cas, négatif dans 58% des cas et sans impact du tout dans 28% des cas

es... brèves... brèves

Pas de dépistage obligatoire du VIH chez les soignants : avis du Conseil National du SIDA (09/12/04)

Plusieurs fois saisi sur la question du dépistage obligatoire, le Conseil national du sida a toujours souligné son attachement au principe du consentement libre et éclairé de la personne à se faire dépister. Il s'agissait donc d'examiner si des exceptions devaient être prévues en ce qui concerne les soignants dont le dépistage systématique, s'il était retenu, marquerait une rupture avec la politique de dépistage en France qui est incitative et non obligatoire.

Le conseil a exprimé fermement son opposition au dépistage obligatoire des personnels de santé, considérant que ce dépistage obligatoire serait une protection illusoire, ne protégeant pas les patients du risque extrêmement faible lié à un éventuel accident d'exposition au sang (3 professionnels identifiés avec certitude comme sources d'une telle transmission dans le monde). Le recours au dépistage régulier comme substitut aux pratiques de prévention favoriserait un sentiment de fausse sécurité, au risque d'induire une baisse de vigilance à l'égard des précautions universelles. Le dépistage obligatoire, qui porte atteinte aux droits des individus, est par ailleurs une mesure contraire à la politique de prévention et aux recommandations internationales (l'Onusida comme l'OMS ont récusé l'intérêt de cette stratégie pour des objectifs de santé publique).

Le dépistage obligatoire des soignants n'est donc assurément pas la solution pour protéger réellement les patients. C'est pourquoi le CNS propose de privilégier le système de surveillance de l'état de santé des personnels par des visites médicales régulières qui ne concerneraient pas seulement la question de l'infection par le VIH. C'est au cours de ces visites qu'une incitation au dépistage du VIH et du VHC serait proposée et que serait aussi vérifié le respect de l'obligation de vaccination contre le VHB. Ainsi, le soignant serait davantage impliqué dans la politique de prévention et de dépistage.

Réforme de l'Assurance maladie : ce qui change...

Par Gérard Lucas

La réforme de l'assurance maladie n'est pas la préoccupation première de tous les professionnels de santé au travail plutôt focalisés sur les entreprises et leurs salariés. Mais quel médecin du travail n'a pas entendu, depuis quelques semaines, des salariés inquiets de devoir choisir leur médecin ou de le payer plus cher ? Un accès facile à des soins de qualité étant bien un gage de bonne santé au travail, le JMT se devait d'examiner cette réforme.

Une organisation modifiée

Depuis longtemps, le MEDEF appelaient de ses vœux une privatisation concurrentielle, non seulement de la couverture complémentaire, mais aussi de l'assurance maladie.

L'orientation libérale de la réforme adoptée le 13 août 2004 avait été annoncée en 2003 par les commissions Ruellan, Coulomb et Chadelat, demandées par le Ministre de la santé en 2002.

L'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.), financée par les cotisations du travail et la CSG, reste l'objet des caisses d'assurance maladie. A la tête de la caisse des travailleurs salariés (CNAMTS), un directeur général est nommé par décret à côté du président du Conseil, lequel est représenté paritairement par des représentants des syndicats de salariés et des employeurs auxquels s'ajoutent la FNMF et des représentants d'institution de santé. Il faudrait les 2/3 des voix du Conseil pour remettre en cause le recrutement ou les décisions de ce directeur général qui dirige également l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) regroupant les 3 caisses. L'UNCAM détermine dorénavant les conditions de remboursement des soins auparavant fixées par décret.

Des soins selon un parcours codifié...

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) permet, avec une assurance maladie complémentaire de base, de couvrir un panier de soins minimum jugé indispensable. Les contrats dits « solidaires » des assurances complémentaires, mutuelles ou privées, qui bénéficient d'exonérations sociales et fiscales vont être remplacés par des contrats « responsables » avec un enjeu important qui se joue quant à la divergence entre la Mutualité Française, qui ne souhaite pas prendre en charge les dépassements d'honoraires hors parcours coordonné, et la FFSA privée.

• **Un forfait** non remboursable, annoncé à 1€ actuellement, est demandé pour chaque consultation et chaque acte (de biologie par exemple). Ce forfait touche aussi les patients en Affections de Longue Durée (ALD) et les actes médicaux des AT et MP. Seuls ne le paient pas les patients en CMU et les moins de 16 ans.

Les frais et les honoraires des autres soins ou des dépassements peuvent être couverts par des assurances complémentaires de 2^{ème} niveau dont les cotisations ne font pas l'objet d'aide et deviennent donc vite très chères.

• **Un parcours de soins coordonné** est institué dans lequel chaque assuré doit s'adresser à un médecin traitant de son choix qui coordonne d'éventuelles filières de soins de spécialistes à des tarifs opposables. Les soins hors parcours peuvent être plus chers sans compter que le ticket modérateur sera, de toute façon, plus élevé.

Des protocoles très restrictifs seront mis en place pour les Affections de Longue Durée, avec notamment un contrôle très strict des ordonnanciers

bi-zone. On peut penser que le même type de restrictions sera appliquée pour les soins d'accidents du travail ou de maladie professionnelle.

• **Un dossier médical personnel** informatisé pour chaque patient devra être chez un « hébergeur » de données de santé. Les conditions de secret médical sont théoriquement bien encadrées. Ce DMP, qui ne doit pas être exigé pour la conclusion de contrats, est selon l'article 3 « pas accessible dans le cadre à la médecine du travail ».

• **Une Haute Autorité de Santé**, chapeautée par un collège de 8 membres nommés pour 6 ans par les institutions politiques, est mise en place qui va prendre une place considérable dans les recommandations professionnelles, l'élaboration des protocoles de soins, les accréditations, l'évaluation médicale et même dans la formation continue.

Avec une tarification à la carte...

Le protocole d'accord du 15 décembre 2004 entre l'UNCAM et des syndicats de médecins (CSMF et SML) a précisé les premières applications de cette réforme en déterminant les tarifs opposables pour les parcours coordonnés ou non.

Concrètement, si le patient respecte le parcours coordonné en allant chez son médecin traitant puis éventuellement chez le spécialiste indiqué par le généraliste, il sera, après avoir déboursé le forfait de 1€ qui reste à sa charge, remboursé de la part obligatoire et éventuellement de la part complémentaire (s'il a une complémentaire mutuelle ou assurance).

Si le patient va consulter un spécialiste hors parcours coordonné, (en accès direct), celui-ci pourra appliquer un dépassement d'honoraires non remboursé par l'assurance complémentaire.

Les spécialistes en secteur 1 peuvent désormais, en accès direct, prétendre à des dépassements d'honoraires pouvant atteindre 17,5 % pour 30% de leurs actes. Les spécialistes en secteur 2, s'ils choisissent l'option de coordination (qui comporte pour eux des avantages en matière de charges sociales), pourront, même en parcours coordonné, appliquer 15% de dépassements d'honoraires sur les actes techniques.

... et un protocole d'accord qui consterne certains professionnels.

Alors que le gouvernement affiche une volonté d'économies significatives par ces mesures, les économistes n'y voient pas d'économie des dépenses de santé mais seulement une diminution des remboursements.

Plusieurs groupes de médecins généralistes, notamment le SMG (Syndicat de la Médecine Générale), le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes, l'Intersyndicale Autonome des Internes en Médecine Générale, mais aussi MG France dont la caution à la réforme est contrariée par l'abandon du « médecin référent », voient dans cet accord une diminution de l'accès aux soins pour les plus démunis. En effet, le dispositif du médecin référent permettait une rémunération forfaitaire pour le médecin, une excellente coordination, et la dispense d'avance d'argent pour les patients. Même des médecins de la Fédération des Médecins de France qui avaient refusé la notion de médecin référent n'apprécient pas que ses missions soient (mal) transférées au médecin traitant sans rémunération.

L'argument relatif à l'amélioration de la coordination des soins est relativisé voire contesté par les professionnels qui l'analysent plutôt comme un outil de contrôle des caisses. L'expérience des cabinets de groupe, des réseaux de soins, des hôpitaux est qu'il faut d'abord être coordonné pour avoir un dossier commun efficace...et non l'inverse comme l'institue cette loi. Quand au respect du secret médical, que pourra-t-on reprocher à l'organisme auquel le patient aura donné spontanément accès à son dossier.

Une énigme : quelle sollicitation du médecin du travail ?

« Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil », dit l'article 24 de la loi, « en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier les conditions ou les modalités de reprise du travail ou envisager des démarches de formation. L'assuré est assisté dans cette phase par une personne de son choix ». Les conditions seront définies par décret...

Cette concertation peut être constructive ou redoutable. Aussi, les médecins du travail auront-ils à respecter une fonction éthique rigoureuse auprès du salarié, une position déontologique et confraternelle avec le médecin traitant... avec une approche délicate auprès de l'entreprise. Cette concertation devra par ailleurs être intégrée par le médecin du travail dans le temps de ses activités connexes.

Exemple de l'accès aux soins pour une pathologie à caractère professionnel.

Dans le cas d'une tendinite du membre supérieur, pathologie qui intéresse la santé au travail, le médecin généraliste peut envoyer le patient faire un électromyogramme chez le spécialiste. Même lors d'un parcours coordonné, le patient devra débourser davantage et y « être de sa poche » ! Si c'est une caissière qui travaille à temps partiel et qui n'a pas les moyens d'avoir une mutuelle, même aidée, elle déboursera encore plus. Il y aurait donc tout intérêt à faire d'emblée une déclaration préalable de maladie professionnelle pour une prise en charge à 100%, bien que des restrictions protocolaires pourraient progressivement aussi s'imposer...

Solidarité ou compromis...

La réforme vise à une diminution de l'assurance maladie solidaire au profit d'une participation accrue des patients, qu'elle soit directe ou par le biais d'assurances complémentaires discriminantes par l'argent. Des organismes, pourtant connus pour la défense des principes de solidarité, ont donné leur caution à cette loi. La CFDT garde la présidence du conseil de la CNAMTS, la Mutualité Française, qui vivait mal son exclusion du contrôle des dépenses et des soins, prend la présidence de l'Union des Complémentaires.



	Avant			Maintenant					
	Coût	A charge Complémentaire	A charge de l'individu	Parcours coordonné			Parcours non coordonné		
Coût				A charge Complémentaire	A charge de l'individu	Coût	A charge Complémentaire	A charge de l'individu	
,C généraliste	20	6	0	20	6	1	30*	6	11
C spécialiste secteur 1	25	7.5	0	40 (C2)	13	1	40*	7.5	13.5
C itératives secteur 1	25	7.5	0	27	9.1	1	40*	7.5	13.5
Acte technique spécialiste secteur 1	100	30	0	100	30	1	117,5	30	18.5
Coût total	170			187			227.50*		
C spécialiste secteur 2 (Moyenne estimée)	40	7.5	15	40 (C2)	13	1	40	9.1	
Acte technique secteur 2 (Moyenne estimée)	120	30	20	115	45	1	140	30	41
surcoût				~+20	~+9	~+3	~+50	~+9	~+60

* hypothèse très probable

Nouvelle réglementation : application sur le terrain...

Propos recueillis par Anne Florentin

Prégnité du système de financement des services, déni des risques par les employeurs pour tenter de diminuer leurs cotisations, augmentation de la charge de travail des médecins du travail avec nécessité de «faire du chiffre».... telles sont les dérives possibles de la nouvelle réglementation sur l'exercice quotidien d'un médecin du travail. Témoignage avec le regard sans complaisance de Catherine Vogein, médecin du travail dans un service inter-entreprise.

En quoi la nouvelle réglementation va-t-elle modifier votre charge de travail ?

Avant la parution du décret, j'ai vu, comme mes confrères, modifiés à la baisse les chiffres de personnel en surveillance médicale réglementaire (SMR) de mon rapport annuel pour les rendre conformes à la moyenne des services d'Ile de France, et ne pas compromettre l'agrément du service. Le calcul de mon effectif réellement pris en charge supposait que je travaille aussi le week-end. Nouveau décret du 28 juillet: quelle magie! Mon sureffectif chronique de la veille rentre juste dans les limites du forfait! Mais il me faut multiplier les visites d'entreprise et rédiger une fiche d'entreprise pour chacune. Avec les entreprises qui ferment, fusionnent, sont rachetées, se délocalisent, les fiches réalisées n'ont plus grand intérêt!

De plus, beaucoup d'inaptitudes totales ou partielles me prennent du temps pour m'occuper de ces salariés dans l'adversité, raison pour laquelle je suis médecin, même si cela entame une bonne part de mon tiers temps! Ma charge de travail va donc augmenter car je vais conserver pratiquement le même nombre de visites annuelles et devoir faire de nombreuses fiches d'entreprise à la hâte tout en étant sur le terrain. Ce décret me semble assurer la promotion d'écrits superficiels et sans intérêt et valoriser le tourisme industriel, même si c'est moins fatiguant d'aller se promener que d'observer, de chercher à comprendre et de synthétiser de manière compréhensible les observations cliniques des souffrances des salariés.

Je n'ai pas envie par ailleurs que l'appréciation de mon travail ne repose que sur des critères comptables !

Si j'ai eu jusqu'à présent une grande autonomie dans mon tiers-temps, je crains qu'il n'en soit plus de même à l'avenir, avec un contrôle de type administratif et des pressions commerciales.

S'il m'est arrivé plus d'une fois de me sentir empêchée de bien travailler voire découragée, ayant un sureffectif à suivre, j'ai toujours réussi, en allant à l'essentiel, à faire face à cette pénurie et à accomplir quelques actions dont je suis fière, avec ou sans encouragement de la part de mes employeurs. (l'autonomie morale subjective!). Si tout ne peut pas être fait, quelque chose de pertinent peut être fait qui rayonnera sur les autres entreprises par la suite. J'aimerais pouvoir continuer !

Comment comptez-vous y faire face ?

Le nouveau décret vise à une néotaylorisation de l'activité des médecins du travail, avec contrôle numérique de l'activité, définition de l'activité en milieu de travail par d'autres que les médecins du travail. Peut-être nous faudra-t-il faire preuve de résistance et de subversion rusée afin de trouver un compromis entre la nécessaire application de la loi et notre conscience professionnelle, notre éthique médicale et notre plaisir à travailler.... et

faire semblant de se soumettre tout en continuant de faire ce que l'on croit utile et nécessaire à son terrain!

Je ne crois pas, à l'inverse de certains collègues, qu'il faille « faire profil bas » durant deux à trois ans.

Nous sommes supposés remplir nos obligations réglementaires, alors allons-y et ne perdons pas de temps à nous lamenter, nous sentir débordés, impuissants ou incapables!

On peut recourir à la standardisation des fiches d'entreprise par secteurs d'activité, en s'aidant d'outils informatiques. Avec la technique du «copié collé», il suffira d'ajouter quelques variantes par entreprise et de compléter au fur et à mesure. Pour gagner du temps, inutile de réinventer et de réécrire ce que d'autres ont déjà écrit: avec la technique du "bench marking" utilisée dans les services recherche et développement

de grosses sociétés, on peut s'économiser de la peine et de la réflexion en repérant ce que les autres ont déjà fait (travaux de réseaux, mémoires de médecine du travail consacrés à un métier, à un secteur d'activité, présentations dans les services de pathologie professionnelle, articles parus, résultats de grandes enquêtes...).

Reste posée la question des moyens, en particulier de l'accès à la documentation, aux présentations de médecine professionnelle, aux formations ciblées sur les besoins du terrain.

On peut espérer ainsi remplir une partie de l'obligation réglementaire et libérer du temps pour s'intéresser à ce qui arrive de nouveau dans le monde du travail et développer le rôle de veille sanitaire des médecins du travail que ce soit dans le domaine du risque chimique, des pathologies infectieuses, ou des conséquences sur la santé des nouvelles organisations de travail.

Ce qui m'inquiète cependant, c'est la possible «capture» par les directions des services des études faites par les médecins du travail et de l'usage qui en sera fait. Je crains en effet de voir censurer certains passages jugés non politiquement corrects ou non commercialement corrects.

Quel regard portez-vous sur le financement des services de santé au travail ?

Elue de mes confrères au CA du service, je suis concernée par cette question car je dois me soucier du maintien de l'emploi et donc de l'équilibre budgétaire du service, même si mon avis n'est que consultatif.

Jusqu'à présent, les cotisations appelées en début d'année étaient forfaitisées par salarié, même si des contrats particuliers ont été conclus avec certaines entreprises comme des prix plus bas pour les intérimaires, des cotisations à la personne examinée pour certaines enseignes de la grande distribution, l'argent ne rentrant pas si les vacations sont mal organisées.

Le financement 2005, soumis à l'AG du service, prévoit une cotisation basée sur un

pourcentage de la masse salariale. Il ne faut cependant pas se voiler la face sur les pratiques commerciales des services qui, pour obtenir "le marché" c'est à dire l'adhésion de très grosses entreprises, peuvent être amenés à baisser leurs prix. Une entreprise

multisites de 1700 salariés, en Ile de France, a préféré, pour des raisons financières, faire appel à notre service plutôt que de créer son propre service autonome de médecine du travail et d'embaucher un médecin du travail qu'aurait justifié le nombre de SMR.

Avec le chef d'établissement, nous avons discuté

des mystères des SMR dans l'ancienne réglementation, de leur incidence sur le calcul du temps médical, et de l'incidence des SMR sur le rythme des visites médicales dans la nouvelle réglementation.

J'ai ainsi pu faire valoir que les entretiens annuels avec ces salariés du tertiaire me permettent d'évoquer ce qui se passe réellement dans le travail, d'en comprendre quelque chose ce qui est totalement invisible lors de visites touristiques des bureaux. Ainsi, pour 2005, tous les salariés de cette entreprise seront en SMR "écran"...

Mon employeur m'a fait part de sa crainte de se voir demander par cette entreprise, et d'autres plus petites qui représentent la

majorité de nos adhérents, une réduction de moitié de ses cotisations au motif que cette société pouvait considérer son personnel du tertiaire comme sans risque particulier et ne justifiant d'une visite que tous les deux ans. Rares sont les entreprises qui nous font parvenir la liste de leurs salariés justifiant d'une SMR. Ce sont donc les médecins du travail qui décident de l'affectation ou non en SMR du salarié, dans un contexte de déni des risques par les employeurs, que ce déni résulte d'une simple méconnaissance, auquel cas les médecins du travail doivent améliorer l'information, ou d'un mépris des salariés, ce qui rend nécessaire l'application stricte de la loi.

Si les employeurs se déchargent sur les médecins du travail d'une responsabilité qui leur incombe, il en va de même de la direction du service qui, pour éviter des conflits portant sur les cotisations, nous invite, pour ne pas mettre en péril les finances du service, à déclarer le plus de SMR possible! En d'autres termes, tout en étant salarié, le médecin du travail se trouve dans une situation de fait proche de la médecine libérale où il est responsable du développement et du maintien de sa clientèle, cumulant ainsi les inconvénients des deux statuts!

Pour toutes ces raisons, je suis favorable à un système de prélèvements des cotisations de santé au travail externe aux services de santé au travail, sans compter que je ne sais pas qui aura à financer la pluridisciplinarité...

Que pensez-vous justement de la pluridisciplinarité ?

Les textes sont applicables, mais y a-t-il véritablement urgence? Et est-il nécessaire de recruter en interne? Nous avons déjà des assistantes sociales, le service participe au financement d'un psychologue à la consultation de pathologie professionnelle. Ma première expérience n'a pas été très concluante, notre employeur nous ayant annoncé dix jours avant sa prise de fonction l'embauche, en CDD, d'une jeune femme ingénieur de sécurité. Panique à bord puisqu'il incombait aux médecins de lui trouver du travail au pied levé! Certains médecins ont refusé qu'elle intervienne dans "leur" entreprise. Elle a débuté sans être bien accueillie, sans bonnes conditions de travail et est repartie trois mois après pour un CDI ailleurs. Pas évident du jour au lendemain d'introduire dans les entreprises un IPRP. Les médecins du service préféreraient un ergonome, mais notre employeur veut un ingénieur de sécurité. Est-ce aux médecins du travail de former à l'intervention de terrain de jeunes ingénieurs à peine sortis de l'école. Pour ma part, j'estime que la dimension de notre service justifierait de conventions ou de contrats ponctuels avec des organismes extérieurs selon les besoins.

Bio express



Médecin du travail dans un service interentreprises de la région parisienne.
Médecin du travail agricole (1983-1999)
Création au CNAM de Laval (53) d'un enseignement d'Hygiène et Sécurité: "Institutions, règles et pratiques de prévention" et "Principaux risques liés au travail" (1996-1998)
Administrateur du SNPMA (Syndicat National des Praticiens de Mutualité Agricole) 1996-1999
Membre de Santé et Médecine du Travail depuis 1999
Membre de l'APSE (Association des Professionnels en Sociologie de l'entreprise) avec participation en avril 2004 à un débat consacré à la Santé au Travail.

Risques liés aux poussières de freins dans les garages : évaluation d'une action d'information entreprise dans la Vienne

Par Patrick Bouet et Mireille Chevalier

Après l'interdiction de l'amiante dans les plaquettes de freins et l'utilisation de fibres de remplacement, un groupe pluridisciplinaire composé d'intervenants de l'ARACT, de contrôleur de la CRAMCO, d'ingénieur de la DRTEFP et de médecins du travail, s'est mis en place afin d'étudier, dans les garages de la Vienne, les risques liés à l'exposition aux poussières de freins et leurs effets sur la santé des salariés.

Réalisation de l'enquête et de son évaluation

L'étude a comporté un travail de recherche sur la composition des plaquettes de frein, des prélèvements de poussières, des rencontres avec les instances représentatives de la profession. Des études de poste ont été réalisées, dans 8 garages, suivies d'un accompagnement de ces entreprises dans une dynamique de prévention et de recherche de solution.

Une plaquette d'information a ainsi été réalisée ainsi que la mise au point d'une méthodologie d'intervention, à partir de l'expérience issue des études faites dans ces 8 garages.

L'action d'information a été menée par des médecins du travail volontaires, sous forme de réunion-débat avec les mécaniciens et la Direction en utilisant la plaquette comme support pédagogique. Le groupe pluridisciplinaire a mis au point l'évaluation de cette action avec des outils soumis à l'ORS pour validation. Ces outils comprenaient un questionnaire d'auto-évaluation rempli par chaque salarié avec comparaison de l'évolution des connaissances et des pratiques avant et après information, une note de présentation pour les salariés, une fiche « entreprise » à remplir pour chaque garage et une note explicative pour l'organisation et les modalités du recueil des données.

Cette action a été réalisée en coopération entre l'ASSTV (service de santé au travail de la Vienne) pour l'évaluation et le suivi, l'ORS (observatoire régional de santé) pour le traitement de l'information et la DRTE (direction régionale du travail et de l'emploi), avec la participation de l'ARACT (agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail) pour le financement.

Les médecins volontaires ont établi la liste des garages de leur secteur, ont reçu les questionnaires et la note explicative pour l'action de l'évaluation.

Les modalités de recueil supposaient pour chaque médecin de rencontrer le responsable de l'établissement afin de lui expliquer l'action, puis aux deux temps de l'évaluation soit avant et après information des salariés, de remplir la fiche « entreprise », de distribuer les questionnaires aux salariés pour un remplissage immédiat et individuel puis de récupérer et comptabiliser les questionnaires.

La centralisation des questionnaires s'est faite auprès de l'ORS. S'il était prévu que 20 médecins au minimum soient volontaires pour réaliser l'action auprès de 500 salariés (de 150 établissements), seuls 98 établissements comprenant 408 mécaniciens ont finalement participé.

Résultats de l'évaluation

La comparaison des résultats entre les deux phases avant et après information montre qu'un nombre important d'indicateurs a été modifié de manière cohérente vers une diminution des « mauvaises pratiques » et une augmentation des « bonnes pratiques » par les mécaniciens de véhicules automobiles. La perception du danger qu'il y a à respirer des poussières de frein (avec ou sans amiante) s'est accrue.

Cependant l'amélioration des « bonnes pratiques » est moins marquée selon le type d'atelier. C'est auprès des ateliers de service rapide et les « gros » ateliers de mécanique générale (plus de deux salariés) que l'augmentation des indicateurs de « bonne pratique » est la plus sensible. Viennent ensuite les ateliers de carrosserie-tolerie, les ateliers de mécanique générale (inférieur ou égal à deux salariés) et les ateliers de mécanique d'entreprise.

Si les hypothèses de l'étude, qui prévoyaient une amélioration des « bonnes pratiques » sont confirmées, l'absence de groupe-témoin rend difficile la mise en évidence d'une relation de cause à effet entre l'action d'information faite par les médecins du travail et l'amélioration des comportements et de la prise de conscience des mécaniciens. Cependant, des éléments sont très fortement en faveur de cette relation.

Ainsi, alors que les mécaniciens estimaient, dans le questionnaire "avant", avoir eu des informations sur le sujet provenant d'origines diverses, ils attribuaient cette information uniquement à leur médecin du travail dans le questionnaire "après".

L'amélioration de certaines pratiques concernant l'utilisation préférentielle d'une clé à choc à échappement d'air vers le bas ou d'une fontaine lessivienne, ne peut raisonnablement venir que de l'action d'information des médecins du travail. Aucune autre

incitation à utiliser ce matériel n'a pu être répertoriée dans le département durant cette période.

L'évaluation met bien en évidence le résultat positif d'une action de prévention et d'information préparée de façon pluridisciplinaire et relayée par les médecins du travail.

Hypothèses de l'enquête

Afin de vérifier l'efficacité de l'action d'information, quatre hypothèses ont été pré-définies à partir des questionnaires portant sur les pratiques de chaque phase d'intervention sur les plaquettes de freins et le système de freinage

Ces hypothèses tenaient compte aussi bien de la pratique des salariés que de la connaissance, par les mécaniciens, du risque à respirer les poussières de frein

Question 9 : que devient la poussière qui était dans le tambour ?

- . elle est versée dans une fontaine lessivienne (très bien)
- . elle est versée dans une poubelle (bien)
- . elle tombe sur le sol (mauvaise pratique)
- . autre (mauvaise pratique)

Hypothèse 1 : l'item "tombe sur le sol" passe de 30% dans le questionnaire "avant" à 20% des réponses dans le questionnaire "après"

Question 10 : de quelle manière nettoyez-vous les garnitures ?

- . fontaine lessivienne (très bien)
- . bombe de solvant (bien)
- . soufflette (mauvaise pratique)
- . autre (mauvaise pratique)

Hypothèse 2 : l'item "bombe de solvant" passe de 90% des réponses à 80%.

Question 18 : nettoyez-vous le poste de travail après chaque intervention sur les freins ?

- . toujours (très bien)
- . souvent (bien)
- . parfois (mauvaise pratique)
- . jamais (mauvaise pratique)

hypothèse 3 : l'item "toujours" passe de 10 à 15% des réponses.

Questions 26 et 27 : estimez-vous qu'il est dangereux de respirer les poussières de freins avec amiante ou sans amiante ? selon une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10.

Hypothèse 4 : l'écart moyen de dangerosité estimée selon que les poussières contiennent ou non de l'amiante doit diminuer après l'action d'information et le score moyen de dangerosité doit progresser de 5 niveaux.

Quelles leçons tirer de cette expérience ?

Pour procéder à l'évaluation de cette action pluridisciplinaire, les professionnels impliqués ont choisi la formule de l'évaluation avant-après. La réalisation reposait uniquement sur les médecins du travail, les seuls à pouvoir informer les entreprises et recueillir les questionnaires.

Ce type d'enquête s'est avérée être très lourde à mener pour des professionnels qui n'en n'avaient jamais fait et qui n'avaient peu ou pas reçu de formation sur ce sujet. La nécessité d'un respect strict du protocole, et l'indispensable persévérance pour obtenir la coopération des salariés et de leurs directions jusqu'à la fin de l'action, se sont avérés des éléments difficiles à obtenir et à comprendre de la part de tous les médecins du travail volontaires au départ.

Par manque de formation initiale en santé publique, ils ont eu du mal à comprendre les exigences du protocole de l'action afin d'éviter un maximum de biais, et donc à l'appliquer jusqu'au bout. D'autre part, la formation initiale des médecins et leur pratique de tous les jours ne les ont pas préparés à une action collective. Leur habitude d'une pratique individuelle les pousse naturellement à essayer d'apporter leur "touche individuelle" et à se laisser aller à des initiatives personnelles.

Enfin, le découragement s'est fait sentir à plusieurs reprises devant une évaluation qui, aux yeux de certains, n'était pas fondamentale pour leur mission et se prolongeait dans le temps.

Cependant la volonté d'aboutir a fini par porter ses fruits. L'enquête a été menée à son terme avec des résultats très satisfaisants, prouvant qu'en médecine du travail, une évaluation sérieuse des actions de prévention est possible, pour peu que les moyens soient donnés.

Des leçons méritent d'être tirées de cette expérience qui a été très enrichissante et a permis d'avoir un regard critique sur nos pratiques.

Ce type d'évaluation nécessite une logistique adaptée et une bonne organisation pour coordonner l'enquête, ainsi que des moyens financiers adaptés. L'obtention de résultats statistiquement significatifs impose l'implication de nombreux professionnels afin de disposer d'un nombre suffisant d'entreprises et de salariés concernés. La problématique des populations témoins est à envisager.

Enfin, c'est en améliorant la formation des médecins du travail et en leur proposant plus souvent ce type d'enquête que nous progresserons dans ce domaine.

Evaluation d'une action de prévention en santé au travail : quelle signification pour les médecins du travail ?

L'idée d'évaluer l'impact d'une action de prévention ne va pas forcément de soi pour les médecins du travail qui sont peu nombreux à avoir suivi une formation en santé publique. Pour beaucoup, il y a peu ou pas d'intérêt à chiffrer ou à mettre en évidence le résultat de leurs actions sur la population ciblée.

La médecine du travail est depuis longtemps enfermée dans une vision uniquement réglementaire de ses missions. Les employeurs exigent que leurs obligations en matière de médecine du travail soient satisfaites, en les réduisant aux seules visites médicales des salariés. L'administration, quant à elle, n'utilise comme critère de contrôle que les données chiffrées, comme le nombre de visites médicales effectuées ou le nombre de fiches d'entreprises..., fournies par les services de médecine du travail ou les rapports annuels des médecins, en négligeant les éléments qualitatifs des rapports. Les choses ne vont certainement pas s'améliorer puisqu'il suffirait qu'un médecin puisse comptabiliser 150 demi-journées de tiers temps, un pourcentage acceptable de fiches d'entreprises, et un maximum de 2300 visites médicales pour satisfaire le Ministère.

C'est donc aux professionnels qu'il revient de fournir à l'administration et au contrôle social des outils d'évaluation complémentaires qui permettent d'apprécier le contenu, la pertinence et le sens de leurs actions. Les modèles déjà utilisés depuis longtemps par les médecins de santé publique méritent d'être exploités et adaptés à la santé au travail.

Premières mises en examen dans le dossier amiante de Jussieu.

Les deux universités Paris-VI et Paris-VII et l'Institut de physique du globe, ont été mis en examen comme personnes morales pour « mise en danger de la vie d'autrui » dans le cadre de l'enquête sur un défaut de protection contre l'amiante et le risque d'incendie. Les établissements ont été placés sous le statut de témoin assisté pour des poursuites concernant les blessures et l'homicide involontaires. Sur les quatre-vingts plaignants qui se sont manifestés dans ce dossier, quatre ont succombé à des cancers. Neuf ans après le dépôt de la première plainte d'un enseignant de Jussieu, lieu où est né le combat contre l'amiante dans les années 70, le dossier phare de l'amiante en France connaît ainsi son premier développement. Ces premières convocations en annoncent d'autres. Dans les prochains mois, ce sont des personnes physiques (présidents d'établissement, directeurs, fonctionnaires de l'Éducation nationale) qui pourraient se retrouver dans le bureau du juge. La société Alstom Power a également été mise en examen à Lille comme personne morale pour « mise en danger de la vie d'autrui » dans un dossier visant un éventuel défaut de protection contre l'amiante dans une usine de Lyz-lez-Lannois (Nord) entre 1998 et 2001. L'information judiciaire fait suite à une plainte de l'Inspection du travail.

Avec 3000 décès par an dus aux cancers et mésothéliomes liés à l'amiante en France et 100 000 au total, prévus d'ici à 2025 selon les projections d'un chercheur de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le dossier de l'amiante promet d'être la plus importante affaire de santé publique déplorée en France, tant sur le plan pénal qu'économique. Le coût annuel des indemnisations des pathologies est ainsi évalué entre 11,7 et 22 milliards d'euros pour les vingt prochaines années.

Collectif éthers de glycol : le principe de précaution ne doit pas s'arrêter à la porte des entreprises.

Le collectif constitué sur ce sujet des éthers de glycol comprend la FNATH (association des accidentés de la vie), l'AVEG (association des Victimes des Ethers de Glycol), la CGT, la fédération Chimie Energie de la CFDT, la FMF (fédération des mutuelles de France), la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) et le SNPST.

Les objectifs de ce collectif sont de faire interdire en milieu professionnel l'utilisation des E.G., de faire réaliser une cartographie des populations exposées aux E.G., de susciter des recherches indépendantes sur les effets des E.G. et de faire évoluer la réglementation de la réparation pour les victimes.

Fin 2004, le collectif a eu la satisfaction de voir, à la suite de la demande de la FNATH, la saisine de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques par la commission des affaires économiques du Sénat afin « d'évaluer les problèmes posés par la fabrication industrielle des E., notamment du point de vue des enjeux économiques et de la protection des consommateurs ».

A cette même période, la communication de Luc Multignier a conforté le collectif dans ses options.

Le 3 janvier dernier, jour de l'ouverture du premier procès d'une salariée contre un employeur et les fabricants, le collectif a donné une conférence de presse pour rappeler, en particulier, que le principe de précaution ne doit pas s'arrêter à la porte des entreprises.

Le collectif ose espérer qu'il finira par être entendu et que des textes réglementaires cesseront de prôner la substitution des EG pour en instituer la suppression car on sait bien, en particulier depuis l'affaire de l'amiante, qu'en matière de prévention l'usage contrôlé d'un produit toxique n'est pas une mesure réellement efficace.

Rôle confirmé des Ethers de glycol dans l'atteinte de la reproduction

Par André Cicoella

Une communication importante sur "Impact des expositions aux éthers de glycol sur la fertilité masculine : agents de la ville de Paris (2000) et agents de la RATP (2002)" a été faite par Luc Multignier de l'Inserm U 625 lors des journées de l'InVS le 7 décembre dernier.

Cette étude, faite auprès de 111 et 129 salariés dans les 2 établissements, montre une atteinte de la qualité du sperme dans les 2 populations exposées aux éthers de glycol, soit à la Mairie de Paris (baisse du nombre de spermatozoïdes et baisse du nombre de spermatozoïdes normaux), soit à la RATP (baisse du nombre de spermatozoïdes). Ces effets sont observés chez les hommes exposés avant 1995, date à laquelle ont été retirés les éthers de glycol les plus toxiques.

Des résultats similaires antérieurs

Ces résultats sont cohérents avec ceux de 2 enquêtes américaines publiées au début des années 90 chez les peintres en chantier naval (Etude de Welch) et les ouvriers fondeurs (étude de Ratcliffe), mais c'est la première fois que cet effet est mis en évidence chez des peintres n'ayant plus d'exposition actuelle. La durée d'un cycle de spermatogénèse chez l'homme étant de 72 jours, ces résultats montrent que le patrimoine génétique des cellules souches de la spermatogénèse a été lésé.

Cela conforte une autre étude publiée en 2002 montrant une lésion du patrimoine génétique des ovocytes (étude de El Zein sur des ouvrières mexicaines ayant été exposées à un éther de glycol tératogène EGME et ayant donné naissance à des enfants malformés, quand elles étaient exposées, mais aussi après avoir été retirées de l'exposition, les enfants eux-même présentaient une atteinte cytogénétique) et une action de type perturbateur endocrinien pour EGME mise en évidence en 2004 (Jansen).

Tous ces résultats confortent l'hypothèse de cancérogénicité de ces substances.

Ces résultats sont importants du point de vue santé publique, car on estime qu'un million de travailleurs étaient exposés en France, dans les années 80, à ces substances et un nombre encore plus grand de consommateurs, via les produits domestiques ou les médicaments anti-acné. Ils confortent l'hypothèse du rôle des éthers de glycol dans la baisse de fertilité et la baisse de la qualité du sperme dans le monde, formulée en 1992 par la publication de Carlsen.

Aujourd'hui, même si les éthers de glycol les plus toxiques (EGME, EGEE et EGEEA) ont commencé à être retirés, ils restent autorisés en milieu de travail. Il subsiste par ailleurs un certain nombre d'autres éthers de glycol (principalement EGBE) à la toxicité avérée (cancérogénicité chez l'animal, effets vasculaires) et encore utilisés massivement dans les produits industriels et domestiques. Six cas d'intoxications sévères, dont une mortelle, attribuées à un autre éther de glycol (DEGEE) utilisé comme excipient d'un médicament (le Pilosuryl), ont par ailleurs été signalés cette année (effets rénaux). La question du rôle de cet éther de glycol dans l'insuffisance rénale est posée.



Ce dossier des éthers de glycol illustre la nécessité de la directive européenne REACH.

Ces substances ont été mises sur le marché dans les années 30 et ont été utilisées massivement dans le monde sans avoir jamais été testées. La 1ère étude montrant une toxicité sur la reproduction date de 1971. Les études étaient suffisantes pour que soit lancé dès 1982 par l'Etat de Californie le premier avis d'alerte, mais il aura fallu 1998 pour voir la première interdiction (pour les plus toxiques et dans les seuls médicaments et cosmétiques). Aujourd'hui encore, une large population y est encore exposée via les produits industriels et domestiques.

Des nouveautés sur le site du SNPST : <http://pro.wanadoo.fr/snpmt/>

Idées bienvenues... A vos claviers...

Il est fort possible qu'en faisant passer la «chasse aux arrêts de travail» avant l'amélioration des conditions de travail, les médecins et leurs patients salariés se trouvent dans des situations de prescription de présentisme au travail préjudiciables in fine aux patients et à l'équilibre des comptes de la CNAMTS à long terme.

Les médecins du travail observent en effet, et c'est un aspect important de la question des arrêts maladie qui ne ressort pas dans cette enquête car ce n'est pas son objet, que les salariés font de plus en plus souvent de «présentisme au travail».

Les médecins du travail rencontrent de plus en plus souvent de salariés victimes de troubles musculosquelettiques (TMS) reprenant le travail après un arrêt maladie, au même poste de travail, et qui essaient de tenir

Par ailleurs, il n'est pas rare que des salariés, surtout lorsqu'ils sont en situation précaire (CDD, intérim), aillent travailler ou continuent à travailler malgré un état de santé justifiant d'un arrêt maladie. Il arrive ainsi fréquemment dans les infirmeries d'entreprise, lorsqu'elles existent, de voir arriver pour des soins, souvent le lundi, des salariés victimes d'une pathologie du travail.

Le retour au foyer recommandé par l'équipe médicale du travail rassure, le salarié n'étant plus étiqueté comme le «pseudo malade du lundi».

... sans qu'il soit nécessaire de les associer au contrôle !

Certes, des progrès sont à faire au sujet des arrêts de travail jugés injustifiés et les mesures préconisées par l'ANAES peuvent paraître intéressantes.

Les 6 propositions de l'ANAES

- faire définir par les sociétés savantes concernées les écarts de durées d'arrêts de travail pour certaines pathologies, définitions qui serviraient «pour les médecins du travail de base de discussion avec les salariés».
- améliorer la formation professionnelle des médecins prescripteurs en créant un module prescription des arrêts de travail dans la formation initiale
- développer et favoriser la communication entre les professionnels, notamment entre médecins prescripteurs et médecins du travail.
- définir un projet thérapeutique et favoriser la prise en charge pluridisciplinaire des arrêts de plus de 3 semaines ou des prolongations d'arrêt après 3 semaines afin de «développer les échanges avec les médecins du travail sur le projet thérapeutique et son suivi pour éviter la pérennisation de l'arrêt et faciliter la reprise dans les meilleures conditions. Le recours à la visite de pré reprise doit être envisagé de manière systématique et programmé suffisamment tôt»
- faciliter le contrôle par télésurveillance.
- sensibiliser les acteurs.

Si le développement de la communication entre les différents interlocuteurs médicaux d'un salarié est une bonne chose, on ne peut cependant que s'inquiéter de la mise en place d'un référentiel qui deviendrait la norme pour tous, tout en s'interrogeant sur le besoin d'outils de cette nature pour discuter avec les salariés!

L'implication des médecins du travail dans le contrôle des arrêts maladie est une idée qui présente en effet bien des dangers. Ainsi, dans le cadre «de bonnes pratiques», demander aux médecins du travail de participer au contrôle des arrêts maladie, puisque tel est bien l'objectif de cette collaboration, pose des problèmes réglementaires, déontologiques, éthiques et de règles de métier.

Lorsqu'il y a «l'impossibilité» d'améliorer les conditions de travail (si, par exemple, l'employeur ne juge pas cette action comme prioritaire...) le médecin pourrait, en coordination avec l'organisme de contrôle dont c'est, pour sa part, une mission officielle, participer dans ce cas à la remise au travail ou à l'exclusion de salariés comme toute victimes de mauvaises conditions de travail.....

Or, comme de nombreuses organisations syndicales de salariés l'ont fait remarquer au gouvernement, l'objectif de la loi de santé publique et du plan santé travail visant en particulier à diminuer de 25% en 5 ans la fréquence des pathologies ostéoarticulaires ne pourra être réalisé que si de véritables moyens opérationnels sont mis en perspective.

La médecine du travail, doit-on le rappeler, est une médecine exclusivement préventive, et toute tentative pour lui faire jouer un autre rôle pose, entre autres, le problème de la confiance des salariés.

Si le législateur veut impliquer davantage les médecins du travail dans des visites de pré reprise à vocation de contrôle, il sera nécessaire de reformuler la réglementation à ce sujet.

On aurait pu s'attendre, à la suite des conclusions du rapport, que les médecins du travail soient impliqués dans un renforcement de la prévention. Or, il n'en est rien ! Tout au plus, leur est-il demandé un accompagnement individuel renforcé des salariés, ce qui, avec la récente réforme de la médecine du travail qui, de son côté, augmente la population salariée confiée aux médecins du travail, montre l'incohérence d'une telle demande. Ainsi, le suivi individuel des salariés par les médecins du travail préconisé par l'ANAES et la CNAMTS n'a visiblement pas fait écho auprès du ministère du travail qui signe dans le même temps la paupérisation de la profession de médecin du travail.

La primauté du contrôle sur l'amélioration des conditions de travail, pourtant principalement mises en cause dans la recrudescence des arrêts maladie, selon les résultats de l'enquête menée par la CNMTS elle-même, a ses limites «heureusement» soulignées en ultime conclusion du rapport qui précise que « toutes ces mesures (de contrôle et de bonnes pratiques) ne peuvent à elles seules limiter les dépenses liées aux arrêts de travail. L'amélioration des conditions de travail, est une piste à explorer». Ouf!!

On ne peut que relever enfin «l'oubli» de la consultation du SNPMT par l'ANAES. L'avis des professionnels n'a été recueilli que par l'intermédiaire de personnes «qualifiées» dont une représentante des employeurs (CISME).

L'intelligence émotionnelle comme outil de management...

Et si maintenant l'émotion permettait d'être plus efficace et d'améliorer les performances ? Nouveau concept de ressources humaines, l'intelligence émotionnelle émerge dans les cabinets de recrutement, dans les services de ressources humaines et entre dans les écoles. Si un bon cadre se doit d'être bien formé et compétent techniquement, il semble que dorénavant le critère n°1 se promet d'être le quotient émotionnel. Les êtres les plus efficaces ne seraient plus les êtres les plus froids, les plus lucides et détachés, mais ceux touchés par leurs émotions.

Définie par son concepteur comme l'habileté à contrôler ses propres sensations et émotions et celles des autres, à les discriminer et à les utiliser pour guider la pensée et l'action, l'intelligence émotionnelle permettrait d'avoir plus facilement la "positive attitude", si en vogue actuellement...

Il faudra cependant se méfier des risques de détournement d'une notion a priori philanthropique qui pourrait être utilisée comme méthode de management... pour manipuler les ressources humaines!

Soyons donc attentifs et prudents face à cette évolution...

>> Le SNPST 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 Bréglia
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

déléguée par interim
Dr Françoise CASAUX
11 rus des Ombrages
31650 Saint-Orens

■ MÉDECINE DU TRAVAIL

DU PERSONNEL HOSPITALIER

délégué par interim
Dr Patrick BOUET
12 rue des Coudres
86440 Migné Auxances

Le Journal des Médecins du Travail

N° 17

MARS 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 : P. Bouet, A. Cicoella, C. Vogein
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 SNPST

Oui je souhaite adhérer au SNPST 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 SNPST
12 impasse Mas, 31000 Toulouse • Tél : 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66 • Courriel : snpmt.toulouse@wanadoo.fr