

Sommaire

Actualité du syndicat ... p.2

- Mise en place des contrats nouvelles embauches : quelle santé pour quel travail ?
- Contentieux
- Congrès du SNPST
- Amputation du droit de vote ?

Terrain p.3

- Lu pour vous
- Les fermetures d'usines laissent des traces...
- Prenons soin de la santé des soignants

Institutions p.4

- Santé au travail en Europe : le point sur les agences européennes

Entretien p.5

- Vers une autre approche de la Santé mentale au travail

Chantier p.6

- Violences, travail, emploi et santé : actualités de santé publique

Euréka p.7

- De la pertinence des indicateurs biologiques d'exposition : exemple de la biométrie urinaire lors d'expositions à l'aluminium.

Comment s'abonner

p. 8

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 19

novembre 2005

>> Editorial

Un temps fort de l'année 2005 : le premier congrès du SNPST. La « famille » du SNPMT s'est élargie avec l'ouverture aux Infirmiers-Infirmières de Santé au Travail. Cette réunion du 19 novembre nous donne l'opportunité de nous rencontrer, d'échanger afin de construire ensemble ce nouveau et jeune syndicat. Après la Lune de Miel des premiers mois, voici venu le temps des échanges vifs et passionnés : les uns sont bercés de nostalgie passéiste ; les autres piaffent d'impatience novatrice...

Sujet plus grave : le 1^{er} octobre a été inauguré le premier monument dédié aux victimes de l'amiante en France, à Condé-sur-Noireau, dans une région très touchée par ce drame humain et sanitaire. Ce sujet sera encore, hélas, d'actualité pendant une trentaine d'années, avec 50 000 à 100 000 victimes annoncées ...

Autre actualité en santé travail : le rapport « Violences au travail » rédigé par Ch. DEJOURS. Médecins du travail et infirmier(e)s de santé au travail sont en première ligne pour assurer leur rôle d'alerte et de veille sanitaire : recueillir des informations, accompagner les salarié(e)s en souffrance, qualifier et quantifier les formes de violences subies et leurs retombées sur l'entourage professionnel et familial. Une synthèse de ce rapport nous permet de faire le lien entre violence sociale et violence au travail.

Les violences au travail affectent la santé physique des salarié(e)s, mais surtout leur santé mentale et nous renvoient à la clinique : la coopération entre les services de santé au travail et les psychiatres de ville est essentielle pour prendre en charge efficacement la santé psychique des salarié(e)s de plus en plus exposé(e)s et fragilisé(e)s par l'intensification du travail, la précarité, etc ...

M.C. Limame ■

Quitte à être atteint d'un cancer professionnel, autant que ce soit du fait de l'amiante...

Telle est la réflexion, caustique il est vrai, que pourrait inspirer la lecture du rapport de la Cour des comptes sur les conditions d'indemnisation des victimes de l'amiante. Ce rapport qui pose des questions intéressantes concernant la prise en charge des maladies professionnelles, montre bien que le système mis en place pour indemniser les salariés ayant été exposés à l'amiante s'avère bien plus favorable que pour la prise en charge de tout autre cancérigène professionnel. L'amiante n'est pas le seul toxique responsable de maladies chroniques graves. Aussi est-il nécessaire de s'interroger sur un système équitable, réparant au mieux toutes les maladies professionnelles, quelles que soient leurs causes et quelle que soit la taille des entreprises responsables. Le choix du mode de financement de l'indemnisation des victimes a forcément des conséquences sur l'implication des entreprises et de l'Etat. Le SNPST, tout en souhaitant la meilleure indemnisation possible pour les salariés, reste attaché avant tout à une véritable responsabilisation des entreprises et à la reconnaissance des maladies professionnelles basée sur la présomption d'origine. Il ne faudrait pas que la maîtrise de la dépense publique soit obtenue au prix d'une indemnisation médiocre des victimes.

Savoir tirer les leçons de l'indemnisation des victimes de l'amiante

Par Anne Florentin

Et si la situation actuelle nuisait à la cohérence d'ensemble de la politique de réparation et de prévention des risques professionnels, telle est la question posée au Sénat (séance du 14 avril 2005) par la Cour des comptes, mandatée en novembre 2003 par la commission des Affaires Sociales du Sénat, sur le thème de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Morceaux choisis du rapport de la Cour des comptes dont les analyses conduisent à envisager une réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour que les entreprises responsables supportent davantage le coût effectif de l'indemnisation. Le début d'une réflexion plus générale sur les conditions d'indemnisation des victimes de risques professionnels ?

Confrontés aux conséquences dramatiques de l'exposition à l'amiante, les pouvoirs publics ont créé deux fonds destinés à indemniser les victimes, au-delà de ce que prévoient les règles habituelles de la sécurité sociale : le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), qui fonctionne comme un mécanisme de préretraite,

et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui assure une réparation intégrale du préjudice.

Où passent les sous ?

La demande d'enquête visait à répondre à une double préoccupation : dégradation de la situation financière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale et évaluation des conditions d'indemnisation des victimes de l'amiante, qui ont droit, de par la loi, à une compensation intégrale du préjudice qu'elles subissent. La dégradation de la situation financière de la branche AT-MP de la sécurité sociale est analysée comme résultant essentiellement de l'augmentation des versements effectués par la branche au profit du FCAATA et du FIVA, constat qui rend indispensable, selon la commission, de s'assurer du bon usage des sommes ainsi affectées.

A partir de ces observations, la Cour a procédé à une analyse approfondie du dispositif d'indemnisation des victimes de l'amiante, tant dans ses aspects juridiques et institutionnels que financiers et comptables.

Elle déplore la grande complexité de l'organisation du FCAATA chargé de verser une allocation de cessation anticipée d'activité aux travailleurs exposés à l'amiante (ACAATA) au cours de leur carrière professionnelle, c'est-à-dire une préretraite destinée aux travailleurs de l'amiante âgés de plus de 50 ans, destinée à compenser la réduction de leur espérance de vie.

Le fonds ne disposant pas de structure administrative propre, le service et la gestion de l'ACAATA sont assurés par la Caisse des dépôts et consignations et par les CRAM.

La Cour s'interroge sur l'élargissement du périmètre des salariés susceptibles de bénéficier de l'ACAATA et fait observer que 10 % seulement des bénéficiaires de l'allocation sont actuellement atteints d'une pathologie reconnue comme maladie professionnelle causée par l'amiante.

Les autres allocataires ont simplement travaillé dans un établissement inscrit sur la liste des établissements ayant exposé leurs salariés à l'amiante, fixée par arrêté ministériel. La corrélation parfois observée entre l'augmentation du nombre de plans sociaux et celle des demandes de prise en charge au titre de l'ACAATA laisse penser que les partenaires sociaux ou les élus peuvent être tentés d'utiliser le FCAATA comme un

mécanisme de préretraite accompagnant des restructurations économiques. De plus, le fonctionnement du FCAATA apparaît inégalitaire, puisque les salariés des grandes entreprises sont surreprésentés parmi ses bénéficiaires, et qu'il n'existe pas de dispositif analogue pour les fonctionnaires et les militaires.

A la différence du FCAATA, le FIVA (créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001) dont l'objet est d'assurer une réparation intégrale du préjudice subi par les victimes de l'amiante, complétant ainsi l'indemnisation forfaitaire versée par la branche AT-MP aux victimes de maladies professionnelles, dispose de la personnalité morale et d'une structure administrative propre. La Cour regrette cependant que l'éventualité d'un rattachement du FIVA à un organisme existant n'ait pas été davantage étudiée, estimant qu'il aurait peut-être permis des économies de gestion.

Analysant le coût global de l'indemnisation des victimes de l'amiante et ses modalités de financement, la Cour note que le coût de l'indemnisation repose principalement sur le FCAATA et le FIVA, les versements effectués directement par les caisses de sécurité sociale n'en représentant désormais plus qu'un faible pourcentage. La sécurité sociale est cependant fortement mise à contribution, de manière indirecte, puisque c'est la branche AT-MP qui assure la plus grande partie du financement de ces deux fonds, l'Etat apportant le complément.

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

Principe de précaution contre enjeux économiques ?

Parce qu'ils doivent gambader pour assurer aux gourmets une chair tendre....

Parce qu'ils se sont engagés, bien sûr, à ne boire et manger que dans leurs écuelles restées à l'intérieur de leur sweet home

Parce que la crédibilité d'un label en dépend...

Parce que les vétérinaires, contrôleurs d'un nouveau genre, vérifieront le respect des heures de sortie autorisées de 14 h à 18 heures....

Parce que certains semblent plus entendus de nos dirigeants que d'autres

Parce que bien sûr il n'y aura aucun risque de grippe aviaire.... les oiseaux migrateurs s'étant engagés, comme le nuage de Tchernobyl, à éviter de survoler le secteur....

Il ne saurait être question de respecter les mesures de confinement valables pour les autres et de priver ces poulets de plein air...

C'est où la Bresse ?

La nana des lilas

>> suite page 8 >>

>>Actualités syndicales>>

Mise en place des contrats nouvelles embauches : quelle santé pour quel travail ?

Par Mireille Chevallier

Applicables depuis le 4 août dernier, les CNE ont pour but de créer des emplois dans les très petites entreprises. Cette situation va, en tout état de cause, générer un nouveau statut de précarité pour des salariés de petites entreprises.

Conclu par écrit, le CNE peut être rompu par le salarié comme par l'employeur, après préavis de 15 jours à 1 mois, sans qu'il y ait besoin d'en justifier le motif. Cette possibilité est ouverte durant 2 ans. Ces deux ans, qui facilitent le licenciement pour l'employeur, vont représenter une période vulnérable pour des salariés qui pourront être amenés, afin de garder leur emploi, à devoir accepter des conditions de travail préjudiciables à leur santé, ou à se mettre en situation de risque d'accident de travail.

Les professionnels de la santé au travail ont déjà montré dans de nombreuses études que les atteintes à la santé touchent en premier lieu les personnes en situation de travail précaire.

La pertinence même du travail de ces professionnels est remise en cause.

Comment les médecins du travail pourront-ils intervenir et préconiser des changements ou

aménagement de postes pour ces salariés sans les condamner au licenciement ?

Comment protéger les victimes d'accidents du travail, les reclasser, déclarer leur maladie professionnelle sans conséquence immédiate sur leur emploi ?

Les professionnels de la santé au travail ont besoin de la confiance et de la participation de tous les salariés pour mener leurs actions de prévention.

De telles différences de statuts entre les salariés ne peuvent que nuire à la qualité et à l'efficacité de leurs actions, voire les rendre impossibles dès qu'il s'agit de solliciter des témoignages ou des participations actives des opérateurs.

Les professionnels que nous sommes doivent-ils se résoudre à « négliger » pendant deux années le sort de nombreux salariés nouvellement embauchés, au risque de laisser évoluer des atteintes à la santé dont il faudra bien tenir compte. A moins qu'il ne nous faille juste faire de belles enquêtes a posteriori afin de prouver les conséquences de la précarité sur la santé au travail...

Tous les adhérents sont invités à participer.

CONGRES DU SNPST

19 novembre 2005

9 h 15 à 17 h

à la Bourse du travail

3 rue du Château

PARIS - métro république

Travail précaire – Santé précaire

Avec Valentine HELARDOT

Unité de recherche en sociologie de la santé

9 h 00	Accueil
9 h 15	Présentation du bilan 2005 par la secrétaire générale
10 h 15	discussion
10 h 45	pause
11 h	conférence débat
	Travail précaire - santé précaire
13 h	repas sur place
14 h	présentation de l'EPP par Alain Beaupin
14 h 30	Ateliers
	Équipes médicalisées en santé travail
	Qualité
	Place des professionnels dans les négociations en santé travail
16 h	restitution des ateliers
16 h 30	conclusion

Les fédérations Santé des organisations syndicales représentatives, CFE - CGC - CFTC - CGT et le SNPST (Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail) ont organisé, le 19 octobre dernier, à la Bourse du travail, une Conférence de presse sur la base du texte commun suivant (FO a présentée un texte parallèle) :

« A ce jour, nous constatons que :

- Le nombre de salariés dont un médecin du travail doit assurer le suivi médico-professionnel peut plus que doubler ! **Ce sont les salariés dans les situations les plus fragiles qui en font les frais** : temps partiel et CDD qui « comptent » peu voire pas du tout (art. L.620-10 du Code du travail). Les salariés de moins de 26 ans, eux, « ne comptent plus du tout » depuis l'Ordonnance 2005-892 du 2 août 2005 !

- La gestion prévisionnelle de la démographie médicale - numerus clausus - **va amplifier la pénurie de médecins du travail et de médecins de**

prévention aggravant la dégradation du suivi médico-professionnel des salariés des secteurs publics et privés.

- La création d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) dont **l'indépendance est insuffisamment garantie et les moyens mal définis**, ne permet pas d'assurer la pluridisciplinarité définie par la directive cadre.

Cette réforme, qui doit se poursuivre dans le cadre du Plan Santé Travail 2005-2009, montre la volonté de l'État et des employeurs de réduire significativement le coût de la prévention au mépris de la santé des salariés ».

Contentieux

Par Michel Hamon



« N'ayez pas peur » ?

Depuis un peu plus de deux ans, six textes relatifs à la pluridisciplinarité et à la réforme de la médecine du travail ont fait l'objet d'une contestation par le SNPST.

En ce qui concerne la pluridisciplinarité, il s'agit du décret du 24 juin 2003, de l'arrêté du 24 décembre 2003 sur l'habilitation des I.P.R.P., et de la circulaire du 13 janvier 2004, qui ont donné lieu à un recours en conseil d'état. Ces trois requêtes ont été rejetées par le conseil d'état.

La circulaire du 20 juin 2005 relative au dispositif d'habilitation des I.P.R.P., qui a fait l'objet d'un recours gracieux, est actuellement en cours d'examen au ministère.

En ce qui concerne la réforme de la médecine du travail, le décret du 28 juillet 2004 a donné lieu à un recours en conseil d'état et la circulaire d'application du 7 avril 2005 a fait l'objet d'un recours gracieux auprès du ministère.

Si l'action contre le décret est actuellement en cours d'instruction, le recours gracieux contre la circulaire a fait récemment l'objet d'une réponse du ministère qui va certainement « rassurer » les médecins du travail inquiets de l'augmentation prévisible de leur charge de travail.

Cette circulaire introduit en effet, en se référant à l'article L.620-10 du code du travail, un nouveau mode de calcul des effectifs des entreprises. Non seulement les salariés non comptabilisés au prorata de leur temps de présence au cours des douze derniers mois mais ceux qui effectuent des remplacements de salariés absents ne sont pas comptabilisés dans l'effectif. Depuis notre recours, les ordonnances d'août 2005 ont également fait disparaître des effectifs, les salariés de moins de 26 ans...

Un rapide calcul montre que le seuil des 3300 salariés maximum par médecin risque de voler en éclats...

Par ailleurs, qu'en est-il des salariés effectuant des remplacements qui sont en général les plus précaires et qui se trouveraient de fait exclus de la surveillance médicale ?

L'absence de prise en compte de la santé des travailleurs les plus précaires et l'augmentation de la charge de travail des médecins représentaient les principaux arguments développés par le SNPST pour demander l'annulation de la circulaire...

Eh bien, nous avons tort de nous inquiéter... Tout est prévu...

Par courrier en date du 28 juillet 2005, on nous explique, après un long rappel de l'esprit de la réforme (soutenir la ressource médicale... élargir l'offre de prévention.. modernisation... répondre aux enjeux considérables de la protection de la santé en milieu de travail...), que « la charge de travail des médecins du travail résulte d'un équilibre entre trois plafonds (450 établissements suivis, 3300 salariés surveillés, 3200 examens médicaux) dont aucun ne peut être dépassé et dont l'articulation doit, par ailleurs, permettre au médecin du travail de consacrer un tiers de son temps à l'action en milieu de travail. ».

En fait, la réponse se borne à énoncer des principes généraux, à rappeler la réglementation sans répondre aux questions posées. Elle est, en particulier, muette sur la question des travailleurs précaires.

Mais nous n'avons aucune raison de nous inquiéter, d'autant plus que des « consignes strictes de sévérité » ont été données aux DRTEFP, notamment en matière de respect des seuils de charge des médecins et que le principe d'échanges semestriels sur l'évolution de la situation a été retenu... !!!

e...brève...brève...brève...brève...brève

Amputation du droit de vote ?

Ce service inter-entreprises de santé au travail a enfin mis à jour les statuts de son association, conformément au décret du 28 juillet 2004, avec notamment la mise en place d'un tiers de représentants salariés. Ce dont on se réjouit... sauf que... un article prévoit une petite restriction : ces nouveaux membres ne pourront pas participer à l'élection des membres du bureau et de l'association.

Est-ce légal ? évidemment non !

Tiens ce service a déjà perdu des procès contre le SNPST...

Gageons que l'agrément lui sera rapidement retiré si l'on en croit la volonté déclarée du gouvernement...

Lu pour vous - Lu pour vous - Lu pour vous - Lu pour vous - Lu pour vous - Lu pour vous - Lu

«Dehors les p'tits Lus : chronique d'une usine sacrifiée» de Monique Laborde et Anne Gintzurger(1)

LES FERMETURES D'USINES LAISSENT DES TRACES

Par Marie Christine Limame

Histoire d'un compte à rebours, de l'annonce de la fermeture de l'usine LU d'Evry, que les ouvriers apprennent par voie de presse (Le Monde du 10 janvier 2001) au licenciement des salariés en 2004. Trois années que Monique Laborde, l'infirmière des « P'tits Lus », a soigneusement consignées dans un carnet, jour après jour.

Pepito pleure ...

Infirmière durant 20 ans sur ce site, M. Laborde connaît les salariés, leurs familles et les postes de travail sur le bout des doigts. Son journal de bord décrit l'évolution de l'ambiance dans l'entreprise face au plan social et à ses effets sur la santé : crampes, ulcères, eczéma, migraines, troubles du sommeil, phobies, prises de poids, augmentation de l'alcoolisme et des violences physiques. La consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs explose : « *Lusine est un enfer sous Prozac* ». Avec sa « *boîte à outils* » d'infirmière, Monique accueille, écoute, conseille, oriente. « *Les mouchoirs en papier ont remplacé les compresses*. » Elle est attentive aux accidents de travail, à l'absentéisme pour maladie, aux conduites suicidaires, aux bagarres entre salariés. Des couples explosent, une personne se suicide. Des pressions sont exercées sur les travailleurs quant à leur reclassement : le mari à Nantes et l'épouse à Volvie...

... et le personnel est en miettes.

Son récit donne un aperçu de tous les risques psychosociaux présents dans le monde industriel. La relation d'aide et l'écoute empathique dont témoignent l'infirmière, le médecin du travail et l'assistante sociale facilitent la verbalisation de la détresse de salariés « amoureux » de leur usine et soucieux de « *bel ouvrage* ». Cette description est riche et émouvante : Monique sait communiquer la souffrance des salariés licenciés, dont elle fait partie. Sa colère, sa révolte, le sentiment d'injustice, ses moments de doute et de déprime participent au travail de deuil qu'elle effectue, avec le soutien de son entourage familial.

C'est que Monique est concernée à deux niveaux par ce drame humain.

Soignante confrontée à la détresse des salariés, dont certains sont devenus, au fil des années, des amis, des copains, elle ne peut être

indifférente. Mais qui prend soin de l'infirmière lorsqu'elle va mal ? « *Je suis fatiguée. On ne devrait pas être fatigué quand on a passé sa vie à exercer un métier qu'on adore. ... Avec chacun de mes patients, c'était comme si je montais dans un bateau. Je rentrais dans son histoire, on faisait un bout de chemin ensemble.* » « *Deux arrêts de travail depuis le début du plan social, décidément j'accuse le coup.* »

Salariée, elle est elle-même concernée par le licenciement et la fermeture de « son » usine. Elle reçoit sa lettre recommandée le 17 juin 2004 et note dans son journal : « *Nos patrons croient-ils vraiment qu'il est facile d'être payé à rester chez soi ? Chez soi, seul, on ressasse, on déprime. On ne se repose pas, on ne dort pas.* » A la veille de son rendez-vous à l'ANPE, elle note : « *Hier soir j'ai mal dormi et aujourd'hui je tourne en rond. Je m'attends à passer une nuit blanche. Moi qui me croyais sortie de cette histoire ... Voilà que le moral me joue des tours !* »

On ne se lève plus pour DANONE...

Comment ne pas rapprocher l'histoire de Monique de la réflexion de Gérard Mordillat : « *Un plan social, c'est la mort : il n'y a pas de plan et il n'y a pas de social*(2) »

Pour autant le récit de Monique n'est pas mortifère : il concourt à la thérapie et le dynamisme de cette infirmière tonifie le lecteur !

Anne Gintzurger, journaliste, replace, quant à elle, le déroulement du plan social dans le contexte économique, historique et social de l'époque : les années Jospin, les fermetures de MARKS et SPENCER, MOULINEX, VALEO, ANDRE, ALCATEL, PHILIPS et bien d'autres, hélas...

De leur rencontre est né le nouveau projet de Monique : témoigner, écrire, pour décrire l'incompréhension du personnel face à la décision jugée comme arbitraire de fermeture d'une usine, la perte

progressive d'estime de soi, le sentiment d'abandon et d'humiliation. Le tout face à un groupe mondial (DANONE) affichant des résultats florissants...

Alors que le récit de François Bon(3) abordait, a posteriori, une expérience extérieure à l'auteur, celui de Monique raconte le vécu au quotidien et de l'intérieur de personnes en souffrance, avec leurs ressources, leur solidarité, mais aussi leurs faiblesses et leurs lâchetés.

Une tranche de vie qui ne devrait laisser personne indifférent.



(1) Editions Flammarion, 2005

(2) Les vivants et les morts" Ed. Calmann-Levy, 2005

(3) F BON : DAEWOO. Ed. Fayard, 2004

PRENONS SOIN DE LA SANTE DES SOIGNANTS

Par Marie Christine Limame

On ne dénombre (au 31 décembre 2004) aucune contamination professionnelle accidentelle par le VIH chez les soignants en France depuis 7 ans (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°23/2005).

La prévention des accidents d'exposition au sang (AES) porte ses fruits : moins de piqûre chez les soignants, mise en route rapide d'un traitement prophylactique antirétroviral au décours d'un AES, diminuant ainsi le risque de séroconversion, enregistrement plus systématique au titre des accidents du travail des AES, assurant une meilleure protection des soignants et un meilleur suivi des politiques de prévention.

Grâce aux traitements, l'hospitalisation de personnes infectées par le VIH a diminué de même que la charge virale de ces patients, ce qui diminue le risque de contamination pour le personnel soignant en cas d'AES.

Depuis le début de l'épidémie, le bilan est de 13 séroconversions professionnelles au VIH et de 32 infections présumées : 1 fois sur 2, c'est une infirmière qui est concernée (soit 23 personnes)

Les contaminations professionnelles concernent les services

suivants : maladies infectieuses et médecine (7 cas chacun), réanimation et bloc opératoire (6 cas chacun), urgences (5 cas) et laboratoires (4 cas).

Pour ce qui est de la contamination par le virus de l'hépatite C, 54 séroconversions professionnelles ont été recensées depuis la mise en place de la surveillance. Depuis 1997, le nombre annuel de séroconversions professionnelles VHC est de 2 à 5, concernant dans 69% des cas des infirmières.

Les principaux services concernés sont les services d'hémodialyse (8 cas), d'hépatogastro-entérologie (8 cas), d'urgences et SAMU (5 cas), de chirurgie (5 cas), de néphrologie (5 cas), de psychiatrie (4 cas) et de gériatrie (4 cas)

On estime à environ 35 000 le nombre d'AES qui seraient déclarés chaque année aux médecins du travail en France, avec un nombre de contaminations professionnelles « attendu » chaque année proche de 1 pour le VIH et de 5 pour le VHC.

Les efforts en matière de prévention sont donc à poursuivre pour préserver la santé des soignants, tant au regard de l'évaluation des risques professionnels, de l'analyse de l'activité de travail, de la diminution des AES que de la formation du personnel exposé. Car si l'amélioration de la prévention secondaire porte ses fruits, le personnel hospitalier déplore encore, pour des raisons essentiellement économiques, le manque de matériel adapté, intégrant des éléments de sécurité dans sa conception même (aiguilles rétractables...). La situation en France ne serait rien, comparée aux chiffres de contamination du personnel soignant dans les pays de forte épidémie : au Zimbabwe, par exemple, 1/4 de la population est touchée, mais aussi 1/4 des soignants : qui prodiguera bientôt des soins aux milliers de malades et d'orphelins infectés ?

Santé au travail en Europe : le point sur les agences européennes

Dossier préparé par Gilles Arnaud et Anne Florentin

Organismes décentralisés, distincts des institutions communautaires, les agences communautaires ne sont pas prévues par les traités et possèdent une personnalité juridique propre, chacune ayant été créée pour répondre à un besoin particulier. Leurs actes constitutifs précisent leur mission technique, scientifique ou de gestion. De façon générale, elles ont pour fonction de permettre de décentraliser les activités communautaires, d'apporter une expertise dans des domaines précis, de favoriser la rencontre d'intérêts divers et de faciliter le dialogue social européen et international. Le fonctionnement des agences obéit à une organisation de base commune. Chacune d'elles est dirigée par un Conseil d'administration composé de représentants de la Commission, de délégués des administrations des États membres, et parfois de personnalités désignées par le Parlement européen et de partenaires sociaux. Les institutions européennes qui s'occupent de santé au travail sont au nombre de trois : le Comité Consultatif Sécurité et Santé au Travail, secondé par deux agences européennes qui sont la fondation de Dublin ou Agence des Conditions de Travail et l'Agence de Bilbao pour la Sécurité et la Santé au travail. Toutes trois dépendent de la Direction Générale Emploi et Affaires Sociales (DGV).

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ou agence de Bilbao.

Créée en 1994, l'agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail (l'EU-OSHA) a commencé son activité en septembre 1996. Elle a pour objectif "en vue de promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs, tel que prévu par le traité et par les programmes d'action successifs relatifs à la sécurité et à la santé sur le lieu de travail, de fournir aux instances communautaires, aux états membres et aux milieux intéressés les informations techniques, scientifiques et économiques utiles dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail". Il s'agit d'une agence d'information, comme le souligne l'introduction du projet de programme 2006 "l'Agence est l'organe de l'Union Européenne chargé de la collecte et de la diffusion d'informations pouvant répondre aux besoins des milieux impliqués dans le domaine de la santé et la sécurité au travail. L'agence vise, au travers de ses activités d'information, à promouvoir un niveau élevé de santé et de sécurité, et à contribuer à rendre les lieux de travail européens à la fois sûrs, sains et productifs."

Parmi les quatre objectifs stratégiques fixés par le règlement, deux objectifs généraux sont ainsi libellés : "l'Agence constituera la principale source européenne d'informations en matière de santé et de sécurité et proposera le site web le plus complet et le plus convivial dans ce domaine. L'Agence apportera un soutien actif à la formulation et à la mise en œuvre des politiques visant à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, ainsi qu'aux organisations participant à ce processus".

Deux objectifs spécifiques sont également précisés: "l'Agence encouragera l'identification et le partage d'informations concernant les solutions de bonnes pratiques sur le lieu de travail". "L'Agence favorisera la coopération des États membres en matière de collecte d'informations et de recherche dans une perspective d'optimisation des ressources".

L'agence européenne pour la Sécurité et la Santé au travail, constituée d'un bureau et d'un conseil d'administration, emploie des salarié(e)s venant des états membres. Le conseil d'administration ne se réunit qu'une fois par an depuis cette année (année de l'élargissement), le bureau ayant des réunions plus fréquentes.

L'agence s'appuie, dans les pays membres, sur un réseau de points focaux, représenté, en France, par la commission n°1 du Conseil Supérieur de Prévention des Risques Professionnels. L'agence et son réseau sont organisés sur la base du tripartisme autour de trois groupes d'intérêts constitués chacun, pour chaque pays, d'un membre titulaire et d'un membre suppléant: le groupe "gouvernements" (sous directeur de la DRT et son adjoint pour la France), le groupe "employeurs" (MEDEF pour la France) et le groupe "travailleurs" (CGT comme membre titulaire et CFTC ou FO comme membre suppléant pour la France). Les confédérations syndicales adhérentes à la CES s'accordent entre elles pour désigner les membres "travailleurs" des différentes institutions.

L'agence fonctionne avec des groupes de travail tripartites sur des sujets spécifiques et fait appel à des experts ou spécialistes sur des questions précises. Ainsi, la Commission européenne a décidé de construire auprès de l'Agence un Observatoire des Risques. L'Agence établit un programme roulant sur 3 ans, un programme annuel, et construit chaque année une semaine de l'Agence, qui fait partie du programme roulant (en 2004, il était question des risques dans le BTP, en 2005 du bruit, en 2006 des risques au travail pour les jeunes). L'agence dépend du Comité Consultatif à qui, chaque année, elle doit présenter son bilan et ses objectifs. Son budget est défini par la Commission Européenne et le Parlement Européen.

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de Dublin (EUROFOUND)

Créée en 1974 par un règlement du Conseil des ministres, la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, établie à Dublin, est la première instance tripartite européenne. L'une de ses fonctions essentielles est de produire des données pour éclairer le débat politique des autorités publiques et des partenaires sociaux sur l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Elle effectue des travaux de recherche comparative et développement et produit des études qu'elle communique aux gouvernements, aux collectivités locales, aux organisations d'employeurs ainsi qu'aux syndicats de salariés, afin d'alimenter et de soutenir le développement de la politique européenne sur les conditions de vie et de travail.

Elle articule ses activités autour de trois domaines clés de compétences: les conditions de travail (organisation, temps de travail, sécurité de l'emploi, conditions de travail et santé...), les conditions de vie (équilibre vie professionnelle/vie familiale, services publics sociaux, inclusion sociale, disparité des conditions de vie...) et les mutations industrielles (évolution industrielle et restructuration des entreprises, participation des travailleurs au processus décisionnel, modes d'organisation...). Pour réaliser ses recherches, la Fondation s'appuie sur un réseau d'experts et de chercheurs dans les différents pays de l'UE dont, pour la France, l'IRES (Institut de recherches économiques et sociales) et l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail). Elle a également créé plusieurs outils comme l'Observatoire européen des relations industrielles (EIRO) en 1997, l'Observatoire européen du changement (EMCC) en 2001, lieu d'échange de pratiques, d'informations et d'idées, sur le management et l'anticipation des changements et plus récemment l'Observatoire européen des conditions de travail.

La Fondation, qui a une structure tripartite, est gérée par un Conseil d'administration qui comprend des représentants de gouvernements (Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale pour la France), d'employeurs (EDF, GDF et CNPF pour la France) et d'employés (CFDT titulaire et CGT-FO pour la France) de chaque État membre de l'Union ainsi que trois représentants de la Commission européenne.

Le Conseil se réunit deux fois par an pour décider de la stratégie de recherche, adopter le programme de travail et proposer le budget provisionnel. Tous les quatre ans, la Fondation reconsidère sa stratégie de recherche et l'orientation à donner à son travail et prépare, à l'issue d'une large consultation, un programme de roulement. Le financement de la Fondation fait partie du budget général de la Commission européenne. Les résultats du travail de la Fondation sont principalement diffusés grâce à un programme de publications, (rapports de recherche, brochures d'information, comptes rendus de conférences voire des résumés de publications dont beaucoup sont téléchargeables gratuitement à partir du site web de la Fondation.)

Début de la 4^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail

Après les précédentes enquêtes effectuées en 1990, 1995 et 2000, la 4^{ème} enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail se déroule dans les 25 pays membres de l'Union européenne au cours des mois de septembre et octobre 2005. L'enquête vise à brosser un tableau d'ensemble de la situation en matière de conditions de travail en Europe, à dégager les tendances dans ce domaine et à mettre en lumière les principales problématiques et mutations concernant le lieu de travail.

Elle dresse un état des lieux des conditions de travail à travers l'Europe et identifie les changements affectant la force de travail et la qualité du travail. L'enquête repose sur un total de 23.000 personnes interviewées. Le questionnaire porte sur tous les aspects des conditions de travail, intégrant l'environnement physique, l'aménagement du lieu de travail, les horaires de travail, l'organisation du travail et les relations sociales sur le lieu de travail. Les premiers résultats de la nouvelle enquête européenne sur les conditions de travail seront publiés en 2006.

Changer avec l'Europe - Améliorer le travail, améliorer la vie

Le Conseil d'administration de la Fondation de Dublin a adopté en juillet 2004 un nouveau programme de travail pour les années 2005 à 2008. Intitulé « Changer avec l'Europe - Améliorer le travail, améliorer la vie », il propose un cadre stratégique avec pour objectif d'anticiper les opportunités et les défis auxquels devra faire face l'Europe des 25, à la suite de l'élargissement. Son inspiration principale découle en grande partie des objectifs de la stratégie de Lisbonne à savoir un engagement de la part des chefs d'État à faire de l'Europe l'économie la plus dynamique et la plus compétitive du monde. Cet objectif met l'accent sur l'emploi, la compétitivité et de bonnes conditions de vie et de travail. Quatre thèmes clés y sont traités : l'emploi, l'équilibre vie-travail, les relations industrielles et le partenariat, la cohésion sociale.

Vers une autre approche de la Santé mentale au travail

Propos recueillis par Anne Florentin

L'importance du travail dans l'équilibre psychique des personnes n'est plus à démontrer. Encore faut-il ne pas se tromper d'enjeux et ne pas se contenter des seules approches cognitivo-comportementalistes n'envisageant le rapport au travail qu'en terme de "stress professionnel", au risque de ne proposer que des solutions individuelles de résolutions de problèmes ou de gestions des émotions. Les techniques de soins se doivent d'être adaptées à chaque situation, après une étape indispensable d'évaluation de la situation de travail générant une souffrance psychique. Aussi est-il temps d'innover dans une approche pluri-disciplinaire qui conceptualise les conditions dans lesquelles la santé mentale au travail peut être non seulement préservée mais servir de support à la construction identitaire et à l'élaboration du lien social. Point de vue du Docteur Marie Pierre Guiho-Bailly.

Quels sont les facteurs qui ont amené le psychiatre que vous êtes à vous intéresser à la santé mentale au travail ?

C'est la réalité clinique en psychiatrie quotidienne qui, dès le début de mon exercice professionnel, m'a confrontée à l'importance du travail dans l'équilibre psychique des personnes suivies en consultation ou en hospitalisation.

Pas seulement le problème de l'insertion professionnelle de personnes souffrant de troubles mentaux, ou l'intérêt de l'activité de travail comme technique de soins (l'ergothérapie), mais, plus essentiellement, la place accordée au travail dans la vie et le discours des patients, les événements de la vie professionnelle comme facteurs pouvant précipiter des décompensations psychiques parfois sévères, ou, à l'inverse, la santé mentale reconquise parallèlement à une évolution de la situation de travail...

Tous ces constats cliniques soulevaient pour moi la question du sens du travail sur le plan psychoaffectif et cognitif, sur le plan du devenir des pulsions, sur le plan des enjeux de construction identitaire et de socialisation.

Mes repères théoriques étant du côté de l'approche psychodynamique des troubles psychiques, j'ai bénéficié dès les années quatre-vingt d'un éclairage très fructueux sur toutes ces questions en découvrant les travaux du Docteur Christophe Dejourns et de l'AOCIP (Association pour l'ouverture du champ d'investigation psychopathologique), au travers en particulier de la première édition de "Travail, usure mentale".

J'ai eu également la chance de ne pas être isolée dans cette réflexion au sein de mon équipe de secteur psychiatrique et de pouvoir mener à ce sujet un échange continu avec des collègues psychiatres travaillant avec moi.

La part du travail dans la santé mentale vous semble-t-elle prise suffisamment en compte par les psychiatres ?

A vrai dire, il y a peu de débats actuels sur cette question dans la profession, même si la montée en puissance de la plainte concernant le vécu au travail, l'augmentation des consultations pour épuisement professionnel, conflits relationnels, ... ou des demandes de certificats pour harcèlement moral ... commencent à interroger les praticiens, dont certains (trop rares) en font un thème de réflexion au sein de leur association professionnelle.

Les psychiatres s'intéressent au travail... en tant que psychiatres ! Et la façon dont la question des liens santé mentale/travail est prise en compte dépend étroitement des orientations théoriques, des options thérapeutiques et du mode d'exercice de chacun.

Pour faire court là où les choses sont complexes, on peut dire que le courant de pensée dominant est aujourd'hui celui des approches cognitivo-comportementalistes, qui amène les psychiatres s'y référant à envisager le rapport au travail en terme de "stress professionnel": la situation professionnelle n'est qu'une situation "stressante" parmi d'autres, et il s'agit d'aider l'individu à

s'y adapter en modifiant sa perception de "l'environnement", grâce à des techniques individuelles de résolutions de problèmes ou de gestions des émotions.

La psychotraumatologie a ouvert pour certains une autre voie de recherche et de pratique, autour de la notion de syndrome de stress post-traumatique, pouvant correspondre à des situations cliniques observées en milieu de travail et nécessitant une approche spécifique.

Pour les psychiatres exerçant en tant que psychanalystes, les difficultés vécues dans la sphère professionnelle sont l'écho, la répétition éventuelle, de difficultés antérieurement rencontrées dans l'histoire infantile et familiale, histoire singulière qu'il s'agit d'élucider, d'élaborer, du point de vue de la seule subjectivité. Pour les quelques psychiatres s'étant formés en psychopathologie et psychodynamique du travail, la question du sens du travail dépasse la scène fantasmatique et rejoint la question du statut de la réalité dans le fonctionnement mental: réalité des rapports sociaux, réalité du corps, ... Tout comme cela a été le cas avec les travaux menés en psychosomatique, l'apport de la psychodynamique du travail à la psychiatrie invite à repenser la démarche psychothérapique et conduit à innover dans l'approche pluri-disciplinaire.

Comment a évolué l'expression de la santé mentale par rapport au travail ?

L'évolution de la place accordée au travail dans notre société - en terme de définition des activités socialement valorisées, de construction des rôles sexués, de privilège d'âge excluant les plus jeunes comme les plus anciens - s'accompagne depuis une trentaine d'années d'une modification indéniable du rapport subjectif au travail et de ses modes d'expression. Pour dire les choses rapidement là encore, il me semble que nous sommes passés d'une problématique portant sur les possibilités - ou non - d'investir le travail comme issue sublimatoire possible, à une problématique

beaucoup plus préoccupante: qu'en est-il du maintien du rapport - individuel et collectif - à la réalité, là où le travail réel - dont le travail d'organisation du travail!... - est dévalué au profit de l'image, du discours, du virtuel, là où les critères d'évaluation portent sur la forme et non sur le fond ?

Les décompensations psychiatriques observées portent de plus en plus la marque de cette évolution et

expérimentent de plus en plus souvent, sous des formes multiples, cette précarité induite du lien avec le réel (dénis des limites, troubles délirants d'auto-accusation ou de persécution, doute sur ses propres perceptions, enjeux narcissiques déconnectés des enjeux réels du travail, ...).

Comment améliorer la prise en compte des troubles psychopathologiques du travail dans notre système de soins ?

Il faut sans doute commencer par prendre la mesure du problème... et de son coût humain et social, au niveau des professionnels de santé concernés

comme au niveau des organismes d'assurance maladie, en se posant la question de ce qui relève réellement du domaine du soin, de celui de la prévention, de l'action collective au sein des entreprises, du droit du travail, de la réflexion collective sur nos choix de société en terme de politique de l'emploi et du travail... Pour avoir tenté récemment d'évaluer l'importance des pathologies mentales en lien avec les situations de travail au niveau du territoire de santé où je travaille, dans le cadre des travaux préparatoires au futur schéma régional d'organisation sanitaire, j'ai pu constater avec les partenaires interrogés (Inspection médicale régionale du travail, CPAM, Service hospitalo-universitaire de Pathologie professionnelle, service inter-entreprises de médecine du travail, médecins généralistes, ...) que nous étions loin de pouvoir fournir des données fiables, quantitatives et qualitatives, sur ces questions. Les sources sont multiples, éparpillées, sans recoupement possible. Nous avons proposé une réflexion et une action coordonnées sur ce thème.

Par ailleurs, dans le registre du soin, il semble important de promouvoir, en terme de réseaux au niveau des territoires de santé, l'articulation inter-disciplinaire des professionnels concernés avec une information claire sur les ressources possibles selon les questions posées (évaluation/orientation, dispositif d'accueil d'urgence, soins qualifiés, staffs "dossiers", formations, ...).

Quels facteurs possibles de prévention de la dégradation de la santé mentale au travail ?

Il s'agit de tirer, enfin, les enseignements de bientôt trente ans de recherches menées en psychopathologie et en psychodynamique du travail par l'équipe pluridisciplinaire de référence regroupée autour de Christophe Dejourns, aujourd'hui au sein du Laboratoire de Psychologie du travail et de l'Action du CNAM. Il n'est pas possible de résumer ici en quelques mots une telle somme de travaux, qui explicite et conceptualise les conditions dans lesquelles la santé mentale au travail peut être non seulement préservée mais servir de support à la construction identitaire et à l'élaboration du lien social.

Que l'on soit médecin du travail, psychiatre, préventeur, organisateur du travail, membre de CHSCT, chercheur en sciences sociales ou en santé publique, décideur politique, ... on ne peut faire l'économie du travail de formation nécessaire dans ce domaine lorsqu'on envisage de se préoccuper réellement de cette question.

Que tirez-vous de votre expérience de recherche avec des médecins du travail de terrain et qu'attendez-vous des médecins du travail ?

J'ai eu la chance de rencontrer dans la région où j'exerce des médecins du travail s'intéressant à la santé mentale des salariés, intégrant cette dimension de la santé à leur mission de dépistage, de surveillance médicale, de prévention, de conseil et ouverts à la réflexion et à la coopération inter-disciplinaires.

Nous avons pu travailler ensemble sur des registres différents: prise en charge conjointe de situations difficiles, formation théorique, recherche épidémiologique et clinique, enseignement... Cette collaboration m'a été très précieuse, m'a beaucoup apporté et nous a permis d'élaborer un partenariat où chacun construit et tient sa place de professionnel, à part entière et en respectant les règles de métier de l'autre.

Je ne peux que souhaiter, sur la base d'un effort de formation partagé, le développement de ce type de collaboration qui a le souci d'éviter, selon les circonstances, la psychiatrisation abusive de situations non pathologiques, le déni du besoin de soins spécialisés face aux décompensations avérées et qui se préoccupe de promouvoir la prise en compte de la dimension psychique de l'activité de travail, sans négliger en médecine du travail l'importance de l'approche collective et de la dimension organisationnelle.

Bio express



Psychiatre des hôpitaux, exerçant depuis 1980 au Centre Hospitalier de Cholet (Maine et Loire) avec, depuis 2004, une activité clinique orientée essentiellement vers la psychiatrie du sujet âgé.

Associée, de 1992 à 1998, aux travaux de recherche et d'enseignement du Laboratoire de psychologie du travail et de l'action du CNAM

Depuis 1999, participe à l'enseignement de la psychodynamique du travail au CHU d'Angers, dans le programme du DIU d'ergonomie

Assure depuis octobre 2004, dans le cadre des activités d'intérêt général, une consultation de psychopathologie du Travail (orientation/évaluation) au CHU d'Angers, dans le service de Pathologie professionnelle du Pr Penneau-Fontbonne.

Dernières publications :

Guiho-Bailly MP, Guillet D. Existe-t-il des situations d'urgence en psychopathologie du travail ? *Travailler* 2003 ; 10 : 57-75

Guiho-Bailly MP, Goguet K. "Si tu n'avances pas, tu recules ; si tu recules, tu meurs" : clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. *Travailler* 2004 ; 11 : 41-56

Guiho-Bailly MP, Guillet D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC (Elsevier SAS, Paris), Toxicologie-Pathologie professionnelle, 16-535 - P - 10, 2005

>>Chantier>>

Violences, travail, emploi et santé : actualités de santé publique

par Patrick Bouet

Les médecins sont, de part leur formation et leurs habitudes de métier, surtout attentifs aux personnels victimes de violences. Les médecins du travail, les infirmières en santé au travail et d'autres intervenants développent concrètement des savoir faire dans l'accompagnement des salariés qui souffrent de violences au travail et pas seulement pour ce qui est des seules agressions physiques et psychiques visibles.

Qu'en est-il de l'identification de ces violences au travail, de leur étendue et de leur genèse. Ce chantier est immense et à débroussailler. Les professionnels de la santé au travail ne devraient-ils pas investiguer davantage cette question des violences et de la santé ? La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a donné lieu à la mise en place d'une commission ad hoc. Le JST vous livre quelques extraits de son premier rapport.

On pourrait penser que les formes de violence « historiques » (maltraitements, esclavage...) ont disparues, ou sont encadrées par le dispositif législatif et de ce fait en voie de disparition.

Les conclusions de la commission « violence, travail, emploi, santé », présidée par Christophe Dejours qui a rédigé le rapport issu d'un travail collectif, nous laisse à penser le contraire.

Après avoir traité, en cinq parties, de la problématique générale des rapports entre travail, emploi et santé, de la violence en rapport avec le travail et l'emploi, des conditions favorisant le déclenchement et de la conjuration de la violence en milieu de travail, du traitement de la violence au travail, ce rapport émet des préconisations.

La violence, dans le cadre du travail, est l'usage délibéré ou non de la force physique ou morale, directement ou indirectement, contre une personne ou un groupe, menaçant l'intégrité physique et/ou psychique de la ou les personnes. Plus simplement, la définition retenue est celle du dictionnaire Robert: « La violence consiste à agir sur quelqu'un ou à le faire agir contre son gré en employant la force ». Cette définition intègre l'action qui consiste à exposer délibérément un travailleur à des risques d'intoxication, de maladie ou d'accident, lorsque celui-ci ne connaît pas le risque qu'il encourt. La violence est toujours destructrice si l'on s'en réfère à Hannah Arendt.

La santé est définie comme une lutte pour maintenir le meilleur équilibre possible des fonctions physiques et mentales.

L'emploi est une activité contractuelle vivante de travail, de production, de biens et de services d'un agent singulier ou d'un collectif de travail.

Le travail joue un rôle central dans la construction de la santé. La mobilisation de l'intelligence, doublée d'une opiniâtreté conduisent à la formation de nouvelles habiletés. L'élaboration psychique nécessaire est profitable à la construction de la santé à la condition d'une rétribution qui symbolise la reconnaissance devant porter sur le faire. Travailler, c'est se transformer soi-même. En cas de défaut de reconnaissance, le travail ne joue plus son rôle de médiateur de santé, au risque de voir apparaître des décompensations psycho-pathologiques. Il n'y a donc pas de neutralité du travail en terme de santé mentale. La question posée est : « Dans quelles conditions le travail devient-il médiateur de l'entente, dans quelles conditions devient-il catalyseur de la violence ? »

Le champ de la violence au travail est vaste.

La violence en milieu de travail, qu'on croirait rare en France, est loin d'être absente. Peuvent être cités le harcèlement sexuel, les bizutages, les milieux non-ordinaires de travail (travail clandestin, prostitution), la sous-traitance en cascade (où les travailleurs sont exposés à leur insu). Il y a violence dans la précarité du travail et retentissement sur le milieu de travail ordinaire par les pressions sur l'intensité et la durée du travail.

La violence au travail et la violence sociale ne peuvent être dissociées : elles sont commises là où règnent chômage et pauvreté. Le mépris social dont sont victimes les parents ont des conséquences lourdes sur le développement de leurs enfants, qui vont prendre en horreur ce qui symbolise à leurs yeux l'échec de leurs ascendants et en particulier le mode de vie du monde ouvrier.

La violence est précédée par la souffrance

Les publics et les personnels soumis à la violence réagissent avec une peur de l'agression, et parfois même avec une ambivalence s'exprimant sous la forme d'une compréhension des situations vécues par les agresseurs. Ils réagissent aussi en ressentant haine et raidissement idéologique. L'encadrement, qui a des difficultés à reconnaître cette violence comme faisant partie du réel de travail, réagit par des stratégies collectives de défense générant une vision péjorative des salariés qui sont supposés avoir une forme d'incompétence professionnelle « psychologique » (angoisse, instabilité...). Pourtant le rôle de l'organisation du travail peut être déterminant (contraintes, rendement, injonctions paradoxales). Pour prendre en compte ce phénomène dont sont victimes les personnels exposés, il est nécessaire de reconnaître la souffrance qui précède et génère la violence au travail, d'avoir surtout une analyse critique de l'organisation du travail dans les services, dans leur conception-même.

La violence est une conséquence des rapports sociaux de travail. Elle est souvent coutumière dans les situations de travail impliquant des risques importants d'atteinte à l'intégrité corporelle (batiment, industrie nucléaire...). Si les stratégies de défense contribuent à la protection psychique des sujets, les retentissements sur la sphère privée en sont souvent délétères. La violence naît d'une réaction paroxystique à l'injustice ou à l'indifférence de la communauté, comme on le voit dans des actions de sabotage. Les salariés eux-mêmes en viennent à s'affronter physiquement, manifestant une profonde altération du vivre ensemble. On sait l'impact sur la santé de ces traumatismes, dont le geste suicidaire en est de loin le plus préoccupant. Tous ces actes augmentent en fréquence et se situent dans un même enchaînement: injustice, absence de solidarité de la collectivité de travail et réaction violente.

Le déclenchement de la violence en milieu de travail est en effet lié à des choix et décisions en matière d'organisation du travail : réduction d'effectifs (augmentation de la charge de travail de ceux qui restent, risques psychopathologiques liés au chômage pour ceux qui partent), « restructurations » (avec son cortège de désorganisation, de mise en compétition des équipes), flexibilité, évaluation individualisée des performances (mise en concurrence des salariés, individualisation ouvrant la voie aux pathologies de la solitude), « qualité totale » (objectif impossible à atteindre entraînant tricherie et mensonge, conduisant les agents à gruger les usagers, ce qui génère de la violence en retour). Il y a donc deux dimensions à prendre en compte : les rapports sociaux de travail et le process de travail.

Traitement et prévention de la violence au travail

Les propositions de " traitement " pointées par la commission se fonde sur le constat que la coopération au travail n'est pas une donnée naturelle : le collectif doit se construire sur des règles de métier admises par tous (confiance, espace de délibération collective), ce qui constitue " l'activité déontique " c'est à dire ce grâce à quoi se constitue la coopération, y compris au niveau de la direction et des organisations représentatives des salariés. Les interventions peuvent se situer dans l'entreprise : CHSCT (avec des limites en terme de compétence, donc de formation et d'absence dans les petites entreprises), service de santé au travail, inspection du travail, services spécialisés dans la prévention et le traitement de la violence, mais aussi à l'extérieur, par le travail social, la police, et surtout la politique en terme d'emploi et de législation du travail.

Les médecins du travail sont des témoins privilégiés entre le colloque singulier et leur connaissance du travail. Le rôle des professionnels de santé est de rendre visible l'expression de la souffrance et de la relier au milieu de travail, en particulier par la clinique de la santé au travail, afin de permettre au salarié de retrouver un équilibre de santé et une reconnaissance sociale. Le travail en pluridisciplinarité et avec les collectifs de travail est indispensable à la compréhension et au « traitement » de ce que subissent les salariés. L'implication dans le travail de terrain (centre de consultation de psychopathologie) et les enquêtes de santé publique sont aussi des voies d'implication de nos professions.

De la pertinence des indicateurs biologiques d'exposition : exemple de la biométrie urinaire lors d'expositions à l'aluminium.

Par Michel Hamon

L'intérêt des examens de biométrie est, associé à l'évaluation de l'exposition par la mesure des concentrations atmosphériques de polluants au poste de travail, de préciser l'imprégnation des salariés en tenant compte d'éléments comme une voie de pénétration autre que l'inhalation, le port d'une protection individuelle ou les caractéristiques ventilatoires liées à l'effort physique.

Le fait de disposer d'une information sur l'imprégnation de l'organisme d'un salarié ou d'un groupe de salariés exposés à un toxique est en effet un élément essentiel pour la prévention. Encore faut-il que les indicateurs biologiques recherchés puissent être comparés à des valeurs de référence pertinentes.

La nécessité de valeurs de référence pertinentes

Des études récentes, menées depuis plusieurs années par le département « Polluants et Santé » de l'INRS, apportent des éléments utiles à la mise en œuvre et à l'interprétation des examens de surveillance par biométrie urinaire chez des salariés exposés à l'inhalation de poussières ou d'aérosols de substances inorganiques

Pour ce qui est des éléments métalliques, on retrouve la plupart du temps plusieurs valeurs atmosphériques qui prennent en compte des spécificités telles que la nature chimique du composé ou ses propriétés physico-chimiques, ce qui aboutit à des situations d'exposition différentes pour un même élément. C'est ce que l'équipe de Francis PIERRE de l'INRS désigne sous le terme de « spéciation » d'un élément considéré. Ainsi, sur la liste française des valeurs limites dans l'atmosphère des lieux de travail, il existe des VME correspondant à six cas différents pour l'aluminium et dix pour le nickel.

Les listes existantes pour les indicateurs biologiques ne précisent, elles, la plupart du temps qu'une seule valeur de référence : il sera donc nécessaire à l'avenir de faire évoluer ces listes pour tenir compte notamment de la « spéciation », exigence qu'illustrent bien les travaux réalisés par l'équipe de Francis PIERRE (1).

Qui tient compte de la réalité de l'exposition

Ces travaux ont notamment porté sur l'évaluation de l'exposition des travailleurs de l'industrie de l'aluminium, qu'il s'agisse de production ou de transformation. Les différentes situations d'exposition étudiées étaient les suivantes : exposition au minerai extrait des mines de bauxite, à des hydroxydes et oxydes dont l'alumine produite à partir de la bauxite, à des composés émis lors de la production d'aluminium par électrolyse (cryolithe notamment), à des composés émis lors des opérations de fusion en fonderie d'aluminium, à la poudre d'aluminium lors de sa fabrication, à des poussières de meulage ou ponçage, à des fumées de soudage.

Des prélèvements d'atmosphère ont été réalisés parallèlement à un recueil et à une analyse d'échantillons urinaires. Le protocole de recueil, à côté des règles classiques visant à éviter la pollution externe, comportait plusieurs prélèvements répartis tout au long de la journée, en cours de poste, en fin de poste mais aussi à domicile. 6 à 8 recueils par jour ont été obtenus pour chaque salarié pendant plusieurs jours, ce qui devait permettre de caractériser le plus précisément possible la cinétique de l'élimination urinaire.

Sans vouloir rentrer dans les détails de l'étude (disponible auprès de l'INRS(2)), on peut dégager plusieurs éléments particulièrement intéressants pour l'interprétation des examens de surveillance biométrie urinaire.

Tout d'abord, « il apparaît que, dans des situations d'exposition différentes comportant des niveaux de concentrations atmosphériques comparables, les concentrations urinaires en aluminium sont très différentes selon la nature de la pollution* ». Elles semblent homogènes à l'intérieur de chaque groupe d'exposition mais diffèrent de façon importante entre les différents groupes. Les valeurs les plus fortes sont relevées dans les secteurs de fabrication des poudres et lors des opérations de soudage à l'arc de l'aluminium. Viennent ensuite les secteurs de production par électrolyse et les opérations de ponçage.

Les caractéristiques de solubilité des produits pourraient expliquer les différences constatées. En tout état de cause, on peut conclure que « le niveau de concentration urinaire de l'aluminium en milieu professionnel est plus lié à la nature des composés d'aluminium qu'à l'intensité de l'exposition* ». Dans l'hypothèse où le risque toxique lié à chacune des différentes situations d'exposition ne serait pas lié à la concentration du seul élément aluminium, il devient nécessaire d'établir une valeur limite spécifique pour chacune de ces situations d'exposition.

Remettant en cause le prélèvement systématique en fin de poste

Le deuxième élément mis en évidence par cette étude est « l'existence de pics d'élimination urinaire caractérisés par leur moment d'apparition dans l'urine après cessation de l'exposition* ». En effet certains composés sont caractérisés par un retard d'apparition du pic après la fin du poste. C'est le cas par exemple pour les salariés exposés lors de la fabrication de fluorure d'aluminium, pour lesquels le maximum d'excrétion apparaît décalé de 12 heures alors que le minimum correspond à la fin du poste. En revanche, dans un atelier de réduction de l'aluminium, c'est le maximum qui correspond à la fin du poste. On voit bien que le protocole habituellement proposé en médecine du travail à savoir le prélèvement en fin de poste n'est pas pertinent pour certaines expositions. Dans le cas de l'exposition au fluorure d'aluminium, on peut d'ailleurs noter que contrairement au pic d'excrétion de l'aluminium qui est retardé, l'excrétion urinaire de fluor, elle, est bien maximale en fin de poste.

Des études et des validations sont actuellement en cours pour proposer un protocole de surveillance biologique de l'exposition à l'aluminium qui tienne compte de ces nouvelles acquisitions

Au total, plusieurs enseignements doivent être tirés de ces travaux.

Premièrement, la pratique des examens biologiques dans le but d'apprécier l'exposition à des composés toxiques implique la définition de valeurs limites de référence qui tiennent compte notamment des caractéristiques particulières liées

à la nature et aux propriétés physico-chimiques de ces composés.

En second lieu, force est de constater que le protocole habituellement utilisé de prélèvement des échantillons en fin de poste n'est pas adapté à toutes les situations. Aussi convient-il de rester prudent dans l'interprétation des résultats.

Enfin, ceci renforce la nécessité d'une connaissance précise des procédés de travail, des produits utilisés et des conditions d'exposition par des professionnels de santé au travail aussi proches que possible du terrain.

(1) Surveillance biologique de l'exposition professionnelle à l'aluminium. F.Pierre – F.Diebold- F. Baruthio - INRS - Congrès AISS Vienne (A) 2002

Intérêt de la spéciation dans la surveillance biologique de l'exposition professionnelle aux substances inorganiques – Francis PIERRE – Annales de toxicologie analytique, Vol XIII, n°3, 2001.

(2) INRS, Avenue de Bourgogne, BP n° 27, 54501 VANDOEUVRE CEDEX

es... brèves... brèves

Pénurie médicale : mobilisation...!!

Rappel des réservistes

Nos confrères à la soixantaine prennent leur retraite après avoir déposé les armes contre les altérations de la santé des salariés. Les nouveaux décrets auraient-ils déclenché un état de guerre pour que les services de santé au travail les sollicitent à leur domicile se proposant de rompre leur repos ? « Bien sûr il ne pourrait s'agir que de tâches parcellaires de vacations cliniques » en contradiction complète avec l'esprit affiché de la réforme.

Internat en médecine du travail : 1/7.

Lors de la dernière bourse des spécialités d'octobre 2005, seulement une dizaine d'étudiants ont choisi l'internat de médecine du travail pour 70 postes proposés. Nous savons qu'il faut plus de 200 nouveaux médecins du travail chaque année pour que la réforme soit applicable. Même avec les reconversions et les Européens on en est loin. La mobilisation des réservistes n'en serait qu'à son début.

Médecine générale : désertion

En médecine générale, c'est mille postes qui ne sont pas pourvus. C'est aussi la santé au travail des salariés qui risque rapidement de pâtir de cette pénurie. Les médecins du travail savent l'importance de la prise en charge des pathologies de la santé au travail par les médecins traitants de proximité. Le réseau des soins de première ligne est certainement indispensable. Son démantèlement est hélas en cours sans perspective sérieuse de redressement.

>> suite de la page 1 >>

Recentrer le bénéfice du FCAATA pour améliorer l'indemnisation des victimes.

Des critères d'attribution de l'ACAATA plus strictes permettraient, selon la Cour, de dégager des marges de manœuvre financières afin d'améliorer l'indemnisation versée aux victimes de l'amiante par le FIVA, satisfaisant donc au double objectif de maîtrise de la dépense publique et d'équité. La Cour estime que la hausse des dépenses d'indemnisation est essentiellement due à la hausse des dépenses du FCAATA, qui indemnise d'anciens salariés dont certains ne développeront aucune pathologie liée à l'amiante.

Les modalités du « recentrage » ne sont pas pour autant définies: limiter le bénéfice de l'ACAATA aux seules personnes reconnues atteintes d'une maladie professionnelle causée par l'amiante pourrait être source d'injustices, certaines maladies de l'amiante entraînant le décès du patient à brève échéance.

Même si l'allocation était versée dès l'apparition des premiers symptômes, la victime ne bénéficierait que d'une période très brève de préretraite. Or, la logique de l'ACAATA est justement d'accorder une période de retraite plus longue aux salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante.

Une autre voie consisterait à identifier, à l'intérieur de chaque établissement, les salariés qui ont véritablement été au contact de l'amiante et à leur réserver le bénéfice de l'ACAATA, excluant ainsi, par exemple, les personnels administratifs qui, sans manipuler le produit, ont travaillé dans des établissements produisant de l'amiante. Cela impliquerait que l'on établisse avec précision les fonctions occupées par chaque salarié au sein de l'entreprise, parfois plusieurs dizaines d'années auparavant, ce qui en pratique est difficilement réalisable. De plus, les poussières d'amiante susceptibles de se répandre dans les locaux d'un établissement peuvent être suffisantes pour occasionner des pathologies graves chez des salariés qui n'ont pas directement manipulé ce matériau.

Le rapport souligne enfin l'instabilité de la contribution de l'État au FCAATA et au FIVA (montant imprévisible, fixé chaque année et n'obéissant à aucune clé de répartition claire définissant les charges incombant à l'État et celles revenant à la branche AT-MP) et la possibilité d'un transfert indu de charges de l'État employeur de personnes victimes de l'amiante vers la sécurité sociale.

Une participation peu coûteuse des employeurs

Le rapport met également en évidence la difficulté d'obtenir des employeurs, à l'origine de la contamination par l'amiante, une participation plus importante à l'indemnisation des victimes. En principe, la condamnation de l'employeur pour faute inexcusable l'oblige à rembourser les sommes engagées au titre de

l'indemnisation. Mais le délai de latence très long des maladies de l'amiante conduit souvent à ce que l'employeur responsable ait disparu.

De plus, des règles complexes de prescription et de mutualisation, précisément analysées par la Cour, rendent, en pratique, très difficile la récupération de ces sommes auprès des employeurs. Soit qu'ils aient disparu, soit que leur irresponsabilité découle de la loi ou de la jurisprudence, les responsables sont déchargés du coût, transféré sur l'ensemble des entreprises au travers des dépenses mutualisées du fonds des accidents du travail et maladies professionnelles, ou sur l'ensemble de la collectivité au travers du budget de l'État.

La Cour regrette que les employeurs directement responsables ne soient pas davantage mis à contribution soulignant qu'une prise en charge des dépenses résultant de l'exposition à des risques professionnels reposant principalement sur la collectivité n'est pas de nature à encourager les entreprises à mettre en œuvre des politiques ambitieuses de prévention.

Le montant du financement du fonds d'indemnisation par les employeurs est en effet commun à l'ensemble des entreprises quel que soit le nombre de leurs salariés concernés par les divers dispositifs ainsi financés.

Une réflexion est en cours afin de lier plus fortement le niveau de la contribution des employeurs à la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la sinistralité observée dans leurs établissements.

Il est cependant fait obligation au FIVA d'agir en justice pour rechercher la faute inexcusable de l'employeur afin de prévenir le risque d'une indemnisation moins favorable que celle qui aurait pu être éventuellement obtenue par la victime si elle était allée directement devant les tribunaux et avait obtenu la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

En cas de recours du FIVA sur le fondement de la faute inexcusable, c'est la CPAM qui est tenue de verser le complément pour faute inexcusable au FIVA, à charge pour la caisse de se retourner contre l'employeur quand rien ne s'y oppose.

Il n'y a pas que l'amiante...

L'analyse des conditions d'indemnisation des victimes de l'amiante invite aussi à réfléchir aux modalités de réparation de l'ensemble des risques professionnels. Des considérations politiques, combinées à la pression de l'opinion publique et des médias, ont conduit à ce que des règles d'indemnisations plus favorables soient introduites au bénéfice des victimes de l'amiante en raison de l'ampleur et de la gravité particulières du drame de la contamination par l'amiante.

On peut néanmoins trouver singulier que les salariés victimes d'autres substances chimiques toxiques ou d'accidents graves doivent se contenter de l'indemnisation forfaitaire traditionnellement versée par la branche AT-MP de la sécurité sociale.

La Cour préconise une réorganisation générale de l'indemnisation des AT/MP s'appuyant sur une réforme des modalités de la réparation des préjudices des victimes des accidents du travail et maladies professionnelles qui intègre l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Les évaluations réalisées par le groupe de travail présidé par Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales, ont cependant mis en évidence le coût élevé d'une telle réforme, de l'ordre de 3 milliards d'euros pour le seul régime général, ce qui pose la question de l'effort financier que la collectivité est prête à assumer pour assurer à tous une meilleure indemnisation des risques professionnels.

Exposition à l'amiante : mise en place d'un suivi de retraités

Le suivi postprofessionnel ne s'adressant pas actuellement aux professions libérales, commerçants et artisans, la CNAM des professions indépendantes et l'InVS ont mis en place dans 3 régions (Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes) un suivi médical et épidémiologique des artisans retraités ayant été exposés professionnellement à l'amiante. Ce programme qui concerne près de 1200 personnes sera étendu à d'autres régions par la suite.

Histoire qui devrait tuer...

Une peine de 2 214 années de prison... telle est la demande du parquet à l'encontre d'un anesthésiste espagnol poursuivi pour avoir transmis le virus de l'hépatite C à plus de 200 de ses patients. Un cas d'école pour le risque de transmission soignant-soigné ?

Non si l'on en croit l'accusation qui prétend qu'il utilisait pour ses patients le matériel dont il avait fait usage pour s'injecter des drogues....

>> 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 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 Teme Art
75019 Paris

■ FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT

Dr Maryline BLAVETTE
30 rue Damiette, 76000 Rouen

■ FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Dr Marie-Hélène GLOC
147 rue Ernest Albert
54520 Laxou

■ MÉDECINE DU TRAVAIL

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

Coupon d'Abonnement

- **Oui je souhaite m'abonner au**
Journal des professionnels de la Santé au Travail
au prix annuel de 35 € (6 numéros par an)

Mlle, Mme, M.
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 : snpst@wanadoo.fr

Adhésion au SNPST

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

Dr
Rue
Ville Code postal
Tél. Mail

le Journal

des professionnels
de la Santé au Travail

N° 19

NOVEMBRE
2005

12 impasse Mas • 31000 Toulouse
Tél. 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66
<http://pro.wanadoo.fr/snpst/>

Publication du SNPST (Syndicat National des Professionnels
de la Santé au Travail) ISSN : 1775-0318

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 : Marie-Christine Limame
INSTITUTIONS : Maryline Blavette
ENTRETIEN : Anne Florentin
CHANTIERS : Michel Hamon
EUREKA : Mireille Chevalier

Ont collaboré : P. Bouet, M.P. Guilho-Bailly

Conception éditoriale et graphique :
Betty Bente Hansen

Publicité et abonnement : Micheline Chevalier

Commission paritaire : 1006 S 05549
Imprimerie des Capitouls,
4, avenue Georges Clemenceau - 31130 Balma