

## Sommaire

- Actualité du syndicat** ... p.2  
 • Orientations syndicales 2006  
 • Aptitude sécuritaire à la SNCF
- Terrain** ..... p.3  
 • Une réforme de santé au travail au décret si peu appliqué
- Institutions** ..... p.4  
 • FMC et enjeu d'indépendance
- Entretien** ..... p.5  
 • Santé au travail et environnement associés dans un même plan
- Chantier** ..... p.6  
 • Les dérives d'un service de santé au travail  
 • Naissance d'un réseau pluridisciplinaire « précarité, santé au travail » dans la région Nord Pas-de-Calais  
 • Le scandale de l'amiante en bande dessinée
- Eurêha** ..... p.7  
 • Qualité et évaluation en santé au travail : certes, mais...

Comment s'abonner

p. 8

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 20

février 2006

## Précarité au travail et enjeux de santé

Par V. Hélaridot\*

*Lorsqu'on parle de « précarité au travail », on pense d'abord aux emplois précaires, non durables (CDD, intérim...). Mais pour comprendre d'une façon plus globale ce que recouvre la précarité au travail, il est nécessaire de retracer les grandes mutations qui traversent le monde du travail depuis un quart de siècle environ et qui génèrent ce que l'on peut définir comme la « précarisation du travail ».*

*Ces transformations du travail et de l'emploi s'associent très largement à une sollicitation accrue de la santé physique et psychique des salariés. Ainsi, du point de vue des enjeux de santé au travail, la précarité se définit moins par le type de contrat de travail que par la place occupée dans la division du travail, place définie simultanément par les conditions d'emploi et de travail, et par le contexte organisationnel de l'activité professionnelle.*

### La précarisation du travail : un processus multidimensionnel

La précarisation du travail résulte de l'ensemble des transformations du monde du travail, qui sont à la fois multiples et interdépendantes. Elle s'articule autour de 4 mutations centrales, qui correspondent aux évolutions de fond du capitalisme contemporain et aux dynamiques d'effritement du modèle salarial.

#### ■ flexibilisation de l'emploi et des temps de travail

Avec la recrudescence très forte des contrats non durables (CDD, intérim, emplois aidés), le développement des temps de travail partiels, et la banalisation des temps de travail flexibles et irréguliers, la norme du CDI à temps plein est largement remise en question. A cela s'ajoute une insécurité de l'emploi que de plus en plus de salariés perçoivent avec, même en CDI, la peur fréquente de perdre son emploi, liée aux multiples restructurations des entreprises et à leurs conséquences en termes de licenciements.

Cet ensemble de phénomènes correspond à une première définition de la précarité, inscrite dans l'étymologie même du terme : est « précaire » ce qui « n'est pas assuré de durer ». C'est donc la dimension de l'incertitude qui domine, à la fois dans l'avenir proche car il est de plus en plus difficile à beaucoup de salariés de planifier leur avenir, d'organiser leur

vie personnelle, de faire des projets, etc... et de façon très immédiate dans le présent et la vie quotidienne, notamment sur le plan financier avec une forte insécurité économique et la réapparition de « travailleurs pauvres ».

#### ■ externalisation et nouvelles divisions du travail

Un autre axe de transformation du monde du travail correspond au développement de formes d'emploi qui ne relèvent plus du modèle classique de la relation duale salarié-employeur. Il s'agit de toutes les formes d'externalisation du travail, dans lesquelles une entreprise fait exécuter un travail à des salariés qu'elle n'emploie pas directement (intérim, sous-traitance...). Il en résulte une atomisation du salariat : les collectifs de travail sont éclatés entre salariés permanents et temporaires, salariés du « noyau dur » et salariés « extérieurs », salariés du jour et de la nuit... Ces travailleurs se côtoient sur les lieux de travail (ou parfois ne se rencontrent même pas) tout en n'ayant pas du tout les mêmes attentes ni le même investissement dans l'entreprise. La dimension collective du travail tend ainsi à se diluer, tandis que les relations de subordination et de dépendance (entre salariés et entre entreprises) ne disparaissent pas, même si elles sont moins lisibles. On retrouve ici la deuxième acception étymologique du terme « précaire », qui désigne une chose « obtenue par la prière et soumise à une autorisation révocable ». La précarité au travail peut donc être définie comme une situation défavorable dans un rapport de force, comme une place particulière dans la division du travail et dans les rapports sociaux.



#### ■ intensification du travail

La troisième caractéristique du néo-capitalisme réside dans un mouvement massif d'intensification du travail, démontré par plusieurs grandes enquêtes françaises et européennes. Cette intensification du travail, qui traverse tous les secteurs d'activité, résulte principalement d'un resserrement drastique des contraintes de temps : raccourcissement des délais, nécessité de travailler dans l'urgence, suppression de tous les temps « morts » - c'est-à-dire des temps non immédiatement productifs, mais qui en réalité sont indispensables aux salariés pour maîtriser leur activité : temps de repos entre deux tâches, temps pour s'organiser et préparer son travail, temps pour communiquer avec les collègues et mettre en place des formes de coopération, temps de « voir venir » pour ne pas être soumis en permanence aux exigences

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

#### Essayons...

Les périodes d'essai fleurissent... et s'allongent...

Issu du latin « exegium », de exigere, il s'agit de juger, d'examiner, de peser...

Epreuve par laquelle on va s'assurer des qualités ou de l'efficacité du produit ou du procédé. il s'agira, pour ce qui est d'une collaboration, quel qu'en soit le champ, personnel ou professionnel, de ne pas commettre d'erreurs de casting et d'éprouver les qualités de l'autre... en se réservant le droit d'interrompre « sans préavis » ni indemnité...

Le droit à l'« essayage » ! Quid de l'engagement ?

Alors test, apprentissage, préliminaire mais aussi tentative voire tâtonnements, comment ne pas penser à ce qui ne pourrait être qu'une ébauche...

Certains les pilotent... ou pas.

D'autres les transforment... ou pas.

Des bancs leur sont même attribués... et pourtant, pas de quoi se reposer...

La nana des lilas

## >> Editorial

### Evaluons...

**L**es précarités de l'emploi et du travail augmentent et la sociologue **Véronique Hélaridot** nous les dévoile dans des formes traditionnellement trop ignorées avec leurs atteintes à la santé des salariés. Face à cet enjeu, les médecins et les professionnels de santé au travail ne peuvent se soustraire aux interrogations sur le bien fondé de leurs actions.

#### Evaluons-nous donc.

Commençons à évaluer la mise en place de la réforme des services de santé au travail et son efficacité. Investissons-nous dans la recherche de Formation Médicale Continue et dans l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Remettons en cause les dérives de gestion des services de santé au travail. Réduisons à leur place les démarches qualité ou dites de progrès qui sont loin d'être l'alpha et l'oméga de l'évaluation. Les professionnels de santé ont à investir les choix en santé au travail notamment en animant les Commissions Médico Techniques étonnamment captées et inhibées par les présidents ou les directeurs des services. L'équilibre humain de notre société en dépend et, comme nous le rappelle J.F. Caillard, la protection de l'environnement n'est pas étrangère à la protection de la santé des travailleurs.

Gérard Lucas ■

du travail. Lorsqu'augmente la contrainte à travailler vite, la pénibilité augmente également.

#### ■ mobilisation croissante des subjectivités

Les innovations productives mises en place par les entreprises s'accompagnent de nouvelles formes de mobilisation des salariés, avec le développement d'un « néomanagement » mettant l'accent sur l'engagement personnel des salariés dans leur travail, et faisant appel à leur motivation et à leur investissement individuel. Contrairement à ce qui dominait dans le modèle taylorien, où la subjectivité des salariés était niée, elle est aujourd'hui valorisée et « récupérée » par l'organisation. Ainsi, les salariés ne sont plus seulement tenus de faire leur travail, on leur demande également de s'y engager à titre personnel, de s'y investir, de faire preuve de loyauté, d'autonomie et d'initiative, et l'on attend d'eux qu'ils intériorisent les objectifs et les valeurs de l'entreprise.

L'une des conséquences de cette nouvelle politique d'encadrement est qu'elle fait peser une pression toujours plus forte sur chaque salarié et à tous les niveaux hiérarchiques. Simultanément, la « qualité » d'un salarié, sa valeur dans l'entreprise, est plus souvent évaluée de façon individuelle au regard de ses « compétences » personnelles et relationnelles (ses « savoir-être »), et moins sur des critères plus objectifs et plus collectifs comme les qualifications, l'expérience et les savoir-faire. Ceci contribue à individualiser les rapports de travail : évalué sur des critères de mérite personnalisés, chaque salarié est amené à rechercher une reconnaissance personnelle et à défendre à titre individuel sa position dans l'entreprise.

### Les liens santé-travail reformulés par la précarisation

Les mutations du monde du travail se traduisent dans le registre de la santé, qu'il s'agisse des conditions de vie et de santé en général, des pathologies de l'intensité, de la souffrance au travail ou des conséquences de la division sociale des risques et des atteintes.

A un premier niveau très général, la précarisation

## >>Actualités syndicales>>

# Orientations syndicales 2006

Le Conseil Syndical a validé (le 18/11/05) les rapports moraux, contentieux et financiers. Il a également fixé pour l'année 2006 les trois orientations syndicales suivantes :

### ■ **Quelle approche médicalisée avec la pluridisciplinarité ?**

Le Décret de juillet 2004 a mis la priorité sur les activités en milieu de travail. Les consultations médicales font toujours partie des missions des médecins du travail et gardent tout leur intérêt pour la prévention de la santé des salariés. Dans ce contexte, il apparaît important de s'interroger sur le type d'approche médicalisée nécessaire à cette prévention et sur les moyens à mettre en œuvre pour lui donner toute son efficacité. L'aspect médical de la prévention en santé au travail doit rester un outil pertinent et efficace dans l'intérêt des salariés qui en sont bénéficiaires.

### ■ **Le financement des SST lié aux effectifs de salariés pris en charge**

L'introduction d'une périodicité variable des visites médicales comporte un risque de modifications importantes dans l'organisation du financement des SST. Le Conseil Syndical a estimé qu'il fallait analyser ces conséquences éventuelles et pointer les risques de dérives pouvant affecter les moyens donnés aux professionnels de santé au travail pour assurer leurs missions.

Il convient également d'analyser le financement de l'introduction de la pluridisciplinarité dans les SST. En l'absence d'obligation réglementaire, un financement à coût constant pourrait devenir la règle très réductrice alors qu'il s'agit d'une nouvelle obligation pour les entreprises et les SST.

Le risque, aggravé par la pénurie de médecins spécialistes, est de voir diminuer le financement de la part médicalisée de la prévention en santé au travail.

### ■ **La mise en place de référentiels en Formation Médicale Continue (FMC)/ l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**

A l'heure où la réglementation sur la FMC et les EPP achève sa mise en place, il devient urgent de lancer la réflexion sur les référentiels qui serviront à l'EPP. Ceux-ci doivent pouvoir être élaborés par les pairs car il n'est pas envisageable de laisser les employeurs ou l'administration instaurer pour les professionnels les règles de métier.

Ces trois orientations ont donc toute leur importance : notre syndicat va tout mettre en œuvre pour mener à bien une réflexion s'intégrant dans les chantiers déjà en cours.

# Aptitude sécuritaire à la SNCF

**Les organisations du Collectif Santé Travail - ALERT, SMT, SNPST, Sud rail, Union Syndicales Solidaires - ont organisé une conférence de Presse le 19 décembre sur le sujet préoccupant de la confusion entre médecine du travail et aptitude sécuritaire.**

Le SNPST a participé à cette conférence de presse pour dénoncer la tentative d'attribution aux médecins du travail, de la médecine d'expertise des personnels soumis à des conditions d'aptitude physique et à l'exercice d'emplois bien définis dits de sécurité.

La négociation finale du RH 0409 dans le cadre de la CNMHS (comité mixte d'hygiène et de sécurité) devant se tenir le 20 décembre pouvait donner l'occasion au Ministre des transports de revenir sur plusieurs aspects fondamentaux de la prévention en santé au travail...

La loi de 1946 qui instaure une médecine du travail exclusivement préventive est bafouée par ce projet qui demande aux médecins du travail de pratiquer une sélection à l'embauche et tout au long de la carrière professionnelle des cheminots. Les critères de cette sélection, pour la plupart sans démonstration argumentée de leur efficacité, s'imposent aux médecins du travail sans garantie réelle de confidentialité.

Cette mission est incompatible avec une mission de prévention car celle-ci, censée adapter le travail à l'homme et accompagner ainsi ses difficultés de santé nécessite une relation de confiance protégée par des règlements administratifs éthiques et déontologiques. Prétendre par un texte réglementaire demander aux médecins du travail d'être à la fois experts, contrôleurs et préventeurs est tout à fait illusoire car l'exercice de ces missions incompatibles implique de privilégier un des aspects qui en l'occurrence risque d'être la sélection.

Le SNPST dénonce la volonté générale des pouvoirs publics de confier aux médecins du travail (qui rappelons le exercent une médecine exclusivement de prévention) des tâches de sélection et de contrôle, comme c'est le cas pour les Sapeurs Pompiers et maintenant les artificiers...

Il est temps de prendre exemple sur le suivi des personnels navigants de l'aviation civile ou des transports terrestres où les rôles sont bien séparés avec d'une part une médecine du travail d'adaptation du travail à l'homme et d'autre part une médecine d'expertise validant l'aspect normatif, selon les critères réglementaires, de l'aptitude physique.

### **Idées reçues n°1 sur la CMT (Commission Médico Technique)**

Elle n'a pas de pouvoir et est donc inutile.

**MAIS c'est la référence collective des professionnels** pour le service, le contrôle social et réglementaire. Les avis écrits et validés représentent un **excellent contre pouvoir**.

## Contentieux

Par M. Hamon



### **Rupture de la période d'essai d'un médecin du travail**

Peut-il être mis fin à la période d'essai d'un salarié protégé sans respecter la procédure prévue par la réglementation ?

Jusqu'ici la chambre sociale de la cour de cassation avait jugé que la protection spéciale contre le licenciement ne s'appliquait pas au cours de la période d'essai. Deux arrêts de cette même chambre sociale de la cour de cassation, siégeant en formation plénière le 26 octobre 2005, ont opéré un revirement spectaculaire de la jurisprudence. Ces deux arrêts concernent d'une part un conseiller du salarié (Cass. soc. n° 03-44.751) et d'autre part un consoeur, médecin du travail, (Cass. Soc n° 03-44.585) dont le contrat avait été rompu avant la fin de la période d'essai. Dans cette dernière affaire, la cour d'appel avait retenu que, selon l'article L.122-4 alinéa 2 du code du travail, les règles régissant la rupture unilatérale n'étaient pas applicables pendant la période d'essai. La cour de cassation a finalement jugé que les dispositions légales assurant une protection particulière à certains salariés s'appliquent bien à la rupture de contrat à l'initiative de l'employeur pendant la période d'essai. Il s'agit là d'une avancée extrêmement importante du point de vue de l'indépendance des médecins du travail. Rappelons que, depuis juillet 2004, le licenciement du médecin du travail doit être soumis à l'instance de contrôle et à l'autorisation de l'inspecteur du travail (Article R.241-31-2). Cette information est à diffuser largement dans les services de santé au travail.

### **Permanence des soins et gardes administratives ?**

Dans certains départements, les médecins du travail ont pu être sollicités pour participer à des gardes administratives dans le cadre de la permanence des soins. C'est un décret du 15 septembre 2003, modifiant le code de santé publique, qui définit les modalités d'organisation de la permanence des soins et les conditions de la participation des médecins à cette permanence. Ce texte renvoie aux départements et notamment aux conseils départementaux de l'ordre des médecins le soin de s'assurer de l'organisation effective de ces permanences. Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et précise, en outre, les modalités de participation des médecins spécialistes. C'est dans ce cadre que les médecins du travail peuvent être sollicités pour participer à une garde dite administrative (hospitalisations sous contrainte, mises en garde à vues, certificat de décès).

La position du SNPST est de rappeler

- d'une part que la médecine du travail s'exerce dans le cadre de l'article L 241-2 du code du travail qui précise le rôle « exclusivement préventif » des médecins du travail.

- d'autre part qu'en référence à l'article 70 du code de déontologie, le médecin « ... ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose ».

Sollicité il y a environ un an par le département juridique du Sou Médical, le Conseil national de l'ordre avait estimé que « l'organisation d'astreintes administratives, devait laisser aux médecins ne disposant ni des connaissances, ni de l'expérience, ni des moyens nécessaires à l'accomplissement des actes relevant de l'astreinte administrative, la possibilité de ne pas y participer ». Il n'en reste pas moins que la possibilité d'une réquisition préfectorale pourrait placer les médecins du travail dans une position délicate.

# UNE RÉFORME DE SANTÉ AU TRAVAIL AU DÉCRET SI PEU APPLIQUÉ

par F. Blanc, JP Antzenberger et G. Lucas

**Avec la parution du décret du 28 juillet 2004 sur les services de santé au travail, la direction des relations du travail du ministère affirmait l'intérêt de la réforme et garantissait le contrôle de son application par les directions du travail. Nous exprimions, au SNPST, nos doutes sur l'intérêt des orientations de la réforme, sur son applicabilité et sur l'efficacité de son application tant en raison des réticences partiales des associations patronales des services de santé au travail que par les limites du contrôle de l'inspection du travail**

**Afin de connaître la réalité, un an après sa parution, de l'application du décret dans les services, le SNPST a effectué un sondage auprès de ses adhérents des services interentreprises, enquête dont nous restituons ici seulement les chiffres bruts. (Les réponses ont été enrichies par la rédaction de nombreux commentaires dont l'analyse en cours fera l'objet d'une présentation ultérieure.)**

Le taux de réponses de 20 %, parmi lesquels 90 % de syndiqués, est satisfaisant, et l'échantillon des répondants, féminisé au deux tiers et pour moitié avec un temps partiel, est très proche de la représentation connue des services de santé au travail : un âge moyen de 52 ans et une ancienneté de vingt ans indiquent clairement que la pyramide des âges va donner des soucis à la profession. Les réponses concernent soixante trois services où le nombre moyen de salariés est de cinquante et le nombre de médecins de vingt trois.

**La pluridisciplinarité reste une rareté :** dans les services répondant, les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels en activité (IPRP) se comptent par unité, et le plus souvent ce sont des « secrétaires reconverties ». Dans quelques services, le recours à des GIE est signalé, et les médecins mettent alors en avant l'absence de contrôle de ces structures « indépendantes » d'emploi d'IPRP.

La profession d'infirmier(e)s est tout aussi peu présente dans les services interentreprises de santé au travail. C'est l'exception. Le médecin du travail n'a toujours pas de collaborateur paramédical.

**Le décret de médecine du travail** est en application dans 60% des services, mais de façon incomplète pour 28% d'entre eux et ne le serait pas encore dans 12 %.

Une nouvelle composition du **Conseil d'Administration (CA)** est effective dans 62 % des cas, mais encore inchangé dans 7 %. Un tiers des médecins ne savent toujours pas si le changement du CA a bien été effectué, ce qui interroge sur la communication dans les services. Encore faut-il que ces nouveaux CA fonctionnent, ce qui n'est confirmé que pour 56 % d'entre eux.

La réalité du fonctionnement de la **commission de contrôle** est souvent méconnue des médecins. Ceux qui la citent en signalent plutôt le dysfonctionnement.

**La Commission Médico Technique**, nouveauté du décret, a le plus souvent été mise en place, parfois sur l'insistance de quelques médecins. On peut s'en féliciter. Toutefois, certaines ne se sont pas encore réunies, et celles qui se réunissent sont loin de donner toujours satisfaction. Dans 40 % des situations, des avis auraient été suivis, mais dans 20 % aucun

avis n'a été suivi et dans 40 % les enquêtés ne savent pas. Le plus étonnant est que les CMT sont présidées dans 98 % des cas par le directeur ou le président. Sur plus de cent réponses, une seule commission est présidée par un médecin et une autre par présidence tournante. Ceci nous semble être une anomalie préoccupante : l'avis des médecins du travail sera-t-il correctement pris en compte pour la gestion et l'orientation des services dans ces conditions ?

On peut craindre que les CMT ne soient que « formelles »...

**Les effectifs de salariés** par médecin ont augmenté, comme on s'y attendait, dans 49% des cas. Ils sont stables dans 43 % des cas et, plus étonnant, en diminution pour 9 %.

La moyenne des effectifs de salariés par médecin est déjà supérieure à 2780 pour un Equivalent Temps Plein. Ce sont des effectifs élevés si l'on tient compte de 48 % de salariés en Surveillance Médicale Renforcée (de 5 à 90 %). Dans certains services, le pourcentage de SMR est standard pour tous les médecins quelle que soit l'activité des salariés suivis. Déjà 26 médecins ont quitté les services sans être remplacés : 6 départ en retraite et 20 démissions dont on ne sait pas si c'est pour un autre service ou pour quitter la profession.

**Le tiers temps**, qui a été annoncé comme irréductible sur cent cinquante demi-journées et doit faire l'objet d'un contrôle serré de l'inspection du travail, est déclaré **impossible pour encore 25 %** des médecins du travail. 52 % des médecins du travail déclarent avoir quand même pu augmenter leur tiers temps, et 47 % disent bénéficier d'un temps connexe, mais les réponses évoquent une confusion fréquente entre tiers temps et temps connexe.

Majoritairement les médecins apprécient l'organisation en binôme avec une assistante, mais pour 13 services sur 61, les convocations sont centralisées.

Le mode de financement reste majoritairement à l'effectif pour les 3/4 des services. Et il ne semble pas que ce soit les dispositions du décret qui conditionnent des changements de financement.

Dans 10 % des services, une démarche qualité est engagée.

Globalement les effets sur les conditions de travail ne sont ressentis comme positifs que dans 25 % des cas. 17 % des médecins ne s'expriment pas sur le sujet, mais l'effet négatif prédomine très nettement : **58 % des médecins estiment que leurs conditions de travail s'aggravent.**

De même, si prudemment 27 % estiment prématuré de se prononcer sur l'efficacité, ils sont 42 % à penser que l'efficacité de leur mission en santé au travail est moins bonne avec la réforme.

## Le point de vue du JST - Le point

### Un bilan d'étape préoccupant.

Cette enquête ne donne qu'une vision partielle et temporaire de l'application de la réforme et de ses conséquences. Mais c'est un bilan d'étape qui confirme hélas les craintes d'une majorité de la profession. Le SNPST avait alerté sur l'inconsistance des dispositions numériques d'adaptation à la pénurie (3300 salariés, 3200 visites, 450 entreprises, 150 demi journées de tiers temps) qui allaient mettre les médecins du travail en injonction paradoxale systématique. C'est semble-t-il ce qui se passe pour l'instant pour une majorité de médecins. Sur un autre plan, le SNPST avait émis des doutes sur l'efficacité des contre-pouvoirs sociaux, professionnels et régaliens tant vantés par le ministère pour vendre sa réforme en laissant le pouvoir des services aux chefs d'entreprise et sans mutualisation des financements. Là, il est à craindre que les nouvelles structures mises en place restent purement formelles, les représentants des salariés, toujours minoritaires, ont rarement une présence suffisante pour la pertinence, on attend toujours un refus d'agrément pour les nombreux services hors norme. Mais surtout, la mainmise de façon si généralisée des directions sur les Commissions Médico Techniques nous inquiète particulièrement : **les professionnels de la santé au travail doivent prendre leur place dans ces commissions médico-techniques et pour cela avoir les moyens de le faire avec maîtrise des ordres du jour, de l'animation, de la conduite des travaux, et des comptes rendus. Cet investissement nous paraît être une priorité pour la sauvegarde du professionnalisme des services de santé au travail et de la pertinence des enjeux de la santé au travail.**

## Idées reçues n°2 sur la CMT (Commission Médico Technique)

Elle ne représente rien.

**SI, elle est représentative des professionnels** du service de santé au travail. Les délégués de secteurs y sont élus pour trois ans.

>> **Institutions** >>

# FMC et enjeu d'indépendance

par G. Lucas

Il y avait une fois en 2002 une loi sur le droit des malades (L 4133-4) qui en légiférant l'obligation de la Formation Médicale Continue a donné des raisons d'espérer à beaucoup de médecins. Comme les autres médecins salariés, les médecins du travail ont entrevu enfin la confirmation effective du besoin régulier de mise à jour de leurs connaissances et de l'adaptation de leurs compétences. La formation serait choisie et évaluée par les professionnels, le financement serait assuré tant par des fonds publics (L 4133-6) que par les dispositions des employeurs (L 4133-7). Du temps, des moyens, une validation, du sérieux quoi ! Et même si les médecins du travail n'ont pas attendu cette loi pour maintenir leur efficacité par leurs lectures, leurs participations dans les sociétés de médecine du travail et les congrès, cette légitimité parfois déniée dans leur service allait enfin avoir une base légale incontournable. Parmi les trois conseils nationaux de formation médicale continue mis en place, à côté des libéraux et des hospitaliers, c'est bien sûr le Conseil national FMC des médecins salariés qui chapeautera la FMC des médecins du travail.

## Les décrets se sont fait attendre...

Puis il y eut le décret du 14 avril 2005 sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (D 4133-1-1 et suivants). L'association Intersyndicale des médecins salariés pour la FMC y vit un renforcement de la Haute Autorité de Santé, et une orientation moins qualitative qu'économique de l'évaluation. On comprend que la maîtrise des dépenses de soins soit un souci politique majeur, et on devine que le troisième chapitre pour les médecins salariés soit un copié collé minimal de ce qui a été écrit pour les médecins libéraux et les médecins de soins. Les paramédicaux ont aussi des exigences de FMC et d'EPP...

Entre la Haute Autorité de Santé et les conseils nationaux de FMC l'interdépendance des avis apparaît complexes et plutôt en faveur de la Haute Autorité.

Dont acte.

**Mais le décret sur la FMC se fait attendre**, lui qui devrait mettre en place les Comités régionaux de FMC chargés de vérifier que chaque médecin remplit bien ses obligations en matière de FMC et EPP.

**Pendant ce temps là, en 2004 et 2005**, les Conseils Nationaux de FMC et tout particulièrement celui des médecins salariés non hospitaliers, conformément à leur mission, ont élaboré les principes à mettre en place de façon étonnamment précise : agréments, accréditations, barèmes, structures.

**Pour ce qui est des accréditations** : chaque médecin doit obtenir une accréditation quinquennale de Formation Médicale Continue renouvelable. Tous les cinq ans, il doit prouver avoir acquis au moins deux cent cinquante « crédits » de FMC obtenus dans quatre groupes identifiés. Un plafond de cents crédits d'équivalence d'une heure chacune est le maximum cumulable pour chaque groupe sur les cinq ans.

**Le premier groupe** est celui des formations présencielles : congrès, séminaires et soirées agréées, certaines formations universitaires et staffs au protocole rigoureux, mais aussi formations non agréées d'un service ou de l'entreprise, pour une somme totale de cinquante crédits sur cinq ans.

**Le deuxième groupe** a trait aux formations individuelles : abonnements revues ou sites agréées ou CD-rom agréé à raison de dix crédits par an, revues avec tests de lecture agréés à raison de quarante crédits par an.

**Le troisième groupe** concerne des investissements collectifs ou professionnels dont la liste proposée est longue et variée : participation ou coordination au sein de commissions de travail officielles ou institutionnelles (ordinales ou syndicales), travaux de recherche ou rapport d'expert, participation aux actions de promotion de la santé publique (réseaux ...),

formateur en formation médicale continue ou initiale, élaboration de référentiels, direction de thèse ou de mémoire, participation aux travaux des sociétés savantes, publications ou comité de lecture dans les revues agréées... tout ça en fonction du temps réel passé.

**Le quatrième groupe** est lié directement à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles, si elles sont faites par des organismes agréés par la Haute Autorité de Santé.

Les conseils Régionaux de FMC de chaque collège seraient chargés de valider ces accréditations pour chaque médecin. La technique moderne a même imaginé un enregistrement sur un site en ligne de tout crédit validé pour chaque médecin et le logiciel n'aurait plus qu'à totaliser. *Waouh !*

**L'agrément** des organismes de FMC a fait l'objet aussi de propositions avancées. Les organismes devront déposer une demande argumentée pour bénéficier de l'agrément. Des critères de qualité scientifique et pédagogique seront demandés ainsi que la pertinence par rapport à l'exercice concerné et l'indépendance financière. Cette dernière doit mettre à l'abri de toute dérive quand à la qualité de la formation avec une absence de tout lien direct de l'employeur avec l'organisme de formation, sans exclure une participation financière de l'employeur ni l'intégration éventuelle de la FMC dans la FPC selon les modalités légales. Ces critères sont revendiqués autant pour la presse et l'internet médical que pour les formations présencielles. Des grilles d'évaluation de demande d'agrément sont déjà rédigées et apparaissent rigoureuses.

Un service de santé au travail autonome se verrait ainsi limiter sa mainmise sur la formation continue de ses médecins du travail en circuit fermé. De même pour les services interentreprises, l'organisme ne pourrait être agréé s'il est en lien manifeste avec le CISME par exemple, qui est une structure d'employeurs des médecins du travail.

## Mais le décret sur la FMC se fait toujours attendre...

Ces cadres d'accréditation et d'agrément de Formation Médicale Continue, aussi précis soient-ils, ne garantissent ni la pertinence ni la dynamique de l'adaptation des pratiques aux besoins de santé.

Pour les médecins du travail, des référentiels sont encore à créer et à valider par les pairs soit à un plan global soit par des processus de concertation par les pairs sous le regard éventuel du contrôle social au niveau de chaque institution de travail, chaque service.

Il va de soi que pour les salariés que nous sommes, le temps minimum de formation requis pour l'accréditation de FMC est inclus dans le temps de travail. Il n'est pas difficile de compter que cinquante crédits d'heures à la formation par an représentent sept jours pleins à décompter du temps connexe. Comment les coûts de ces formations ne seraient-ils pas à la charge des services, et sur un financement spécifique obligatoire qui n'ampute pas le budget de la Formation Professionnelle Continue (FPC) qui représente autre chose.

**Fiction ?** La mise en œuvre pour le début de l'année 2006 semble compromise. L'écart avec l'empirisme d'aujourd'hui n'enlève rien au sérieux tant attendu de ces projets.

Rêver ne servirait à rien. Il n'y a pas de raison de ne pas anticiper les règles de cette FMC en programmant nos ressources documentaires et nos participations aux congrès et autres journées de nos sociétés. Nos sociétés de médecine du travail ont tout intérêt aussi à déposer les demandes d'agrément comme organisme de FMC même si cela exigera plus de rigueur. N'oublions pas que l'obligation de FMC sera une occasion peut être d'assurer, pour les services, le temps et le financement nécessaires à l'élaboration et au fonctionnement de nos échanges professionnels.

## Idées reçues n°3 sur la CMT (Commission Médico Technique)

Elle est présidée par la direction ou le président du service donc tout est pipé.

**FAUX**, elle est seulement « mise en place à la diligence de la direction ou du président ». Il n'est écrit nulle part que c'est ce dernier ou son délégué qui préside.

**Donc c'est aux membres de la CMT de définir son organisation, ses ordres du jour, et de désigner leur porte parole.**

>> **Entretien** >>

# Santé au travail et environnement associés dans un même plan

Propos recueillis par A. Florentin

**Si les impacts de l'environnement sur notre santé sont manifestes, la prise en compte simultanée de tous les milieux de vie, y compris professionnel, dans le Plan National Santé Environnement constitue une étape dans la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions des milieux de vie.**

**La préservation de la santé au travail va-t-elle être reconnue comme facteur de protection de l'environnement ? Le point avec le Pr Jean-François Caillard, co-président de la Commission d'orientation.**

## Pourquoi associer environnement professionnel et environnement général dans un même plan de prévention des risques sanitaires liés à l'environnement ?

Le fil conducteur du PNSE était que chaque individu, tout au long de sa vie, est exposé à un ensemble de risques au sein des différents milieux dans lesquels il évolue et que les effets observés sur la santé résultent du cumul de toutes expositions. Ne pas intégrer le - on devrait d'ailleurs dire « les » - milieu de travail - aurait été incompréhensible dans une telle perspective. De plus, une grande partie de la connaissance en santé environnementale résulte des études et recherches menées sur les populations de travailleurs, à tel point que le « De Morbis Artificum Diatriba » de B. Ramazzini est tout autant un traité de pathologie professionnelle que de pathologie environnementale : les ateliers polluants étaient alors installés dans les cités, comme le sont aujourd'hui les lieux d'habitation souvent agglomérés autour des usines. On touche d'ailleurs là à la problématique globale du développement durable.

Les modes de gestion des risques professionnels, dans leurs aspects réglementaires ou techniques, mais aussi dans leurs aspects socio-économiques et éthiques, constituent aussi un modèle pour la gestion des risques environnementaux. L'approche des risques professionnels en France, et plus largement des questions de santé au travail, a été fortement marquée d'une culture que j'appellerais « sociale » plutôt que d'une culture de sécurité sanitaire. Si l'on en doutait, la crise de l'amiante, particulièrement visible, et les inégalités sociales de santé, qui le sont moins mais sont hélas très réelles, sont là pour le rappeler. Elles sont en effet étroitement liées aux conditions de vie et de travail, notre pays n'ayant pas dans ce domaine à s'enorgueillir d'une réussite remarquable comparé à d'autres, de même niveau de développement.

## N'y a-t-il pas un risque de dispersion plus que de synergie des compétences et actions ?

Aborder les questions de santé des populations et de sécurité sanitaire d'une manière globale ne me paraît pas faire courir un risque de dispersion mais plutôt au contraire contribuer au renforcement des prises de conscience individuelles et collectives. Si on prend l'exemple des substances chimiques, que l'on se place du côté de ceux qui les fabriquent (et qui ont payé très chèrement de leur santé le fait d'avoir été employés dans ce secteur d'activités) ou de ceux qui les utilisent, la question de l'évaluation de leur toxicité et des moyens d'en éviter les effets délétères se pose dans des termes qui ne sont pas fondamentalement différents. Nous avons eu, au sein de la commission d'orientation, de très vifs débats sur la fixation des valeurs limites d'exposition, qui sont plus élevées en milieu de travail que dans l'environnement général.

>> **suite page 5** >>

# Santé au travail et environnement associés dans un même plan (suite)

Propos recueillis par A. Florentin

Même s'il y a des explications rationnelles à cela, le principe n'en est pas éthiquement admissible et un argumentaire a été établi visant à homogénéiser les méthodes d'évaluation et à en accroître la transparence, argumentaire dont le but est bien de diminuer les niveaux d'exposition acceptables pour les travailleurs. Mais il nous faut donc garder une vigilance constante. Un effet de mode pourrait en effet conduire à ce que la conscience écologique, phénomène relativement récent, l'emporte sur la nécessité de protéger les travailleurs, et que les programmes de recherche en santé environnementale bénéficient d'investissements beaucoup plus importants que ceux consacrés au milieu de travail. Un élément rassurant est que le PNSE a très nettement conforté le rôle du ministère en charge du travail en matière de prévention des risques professionnels, évitant ainsi le phénomène de dispersion des ressources, et qu'un plan, également national, de santé au travail a été élaboré au décours immédiat de la parution du PNSE.

**Ne risque-t-on pas de réduire la prévention des risques en milieu de travail à la seule connaissance des expositions auxquelles sont exposés les travailleurs au détriment de la prise en compte des effets sur la santé de l'organisation de travail et des relations du travail ?**

La restriction du champ du PNSE aux seuls risques physiques, chimiques et biologiques, par choix délibéré du gouvernement, peut en effet laisser penser que les questions, aujourd'hui prédominantes, liées à l'organisation du travail et aux relations de travail, ont été ignorées et ne feront ainsi pas l'objet d'une planification au même titre que les autres. Nous avons, au sein de la Commission, beaucoup insisté sur ce que l'on peut considérer comme une carence véritable. Mais il faut se placer dans le contexte de l'urgence de la préparation de ce plan, du fait du retard important pris par la France à s'aligner sur la plupart des autres pays européens. Je crois que le futur plan de 5 ans, qui viendra à la suite de ce premier PNSE, l'intégrera, de même qu'il intégrera la question du type d'organisation de notre société comme déterminant essentiel des risques sanitaires de l'environnement en général.

Le PNSE n'a cependant aucune prétention à « régenter » la gestion des risques professionnels, et le PST ne souffre pas de cette amputation du champ. L'appel d'offre « Santé - Environnement » de l'Agence nationale de la recherche fait une large part aux risques psycho-sociaux et aux aspects socio-organisationnels des questions de santé au travail. L'Institut de veille sanitaire, dont la contribution au PNSE et à la sécurité sanitaire dans son ensemble est considérable, prend largement en compte ces aspects comme en témoignent les programmes concernant les TMS (également inscrits dans le chapitre « santé au travail » de la loi de santé publique) et la santé mentale. Enfin la réforme du dispositif de gestion des risques professionnels issue de l'accord des partenaires sociaux de septembre 2000, permet, notamment aux

services de santé au travail, d'aborder ces questions essentielles.

**Le PNSE se propose d'expérimenter dans les services de santé au travail des pratiques innovantes pour la prévention des risques à long terme. Qu'en est-il ?**

Il est trop tôt pour faire un bilan des expérimentations menées dans les services de santé au travail, mais il semble qu'un certain nombre d'entre eux se sont déjà mis en condition pour les tenter, parfois d'ailleurs sans attendre le PNSE.

Que cela soit désormais possible m'apparaît fondamental, même si la réglementation sur le fonctionnement des services de médecine et de santé au travail

reste encore extrêmement rigide.

La faiblesse, pour ne pas dire l'absence de marge de manœuvre laissée aux médecins du travail dans les modalités d'accomplissement de leurs missions et de réalisation des objectifs de santé au travail est à mes yeux un frein considérable à leur efficacité et un puissant facteur de démotivation professionnelle. Or la prévention des risques professionnels, et la promotion de la santé au travail, est un domaine où l'innovation technologique et organisationnelle

est absolument essentielle. Le fait que le PNSE ait reconnu cette nécessité, que le PST l'ait acté, et qu'il est désormais permis d'innover, sous réserve d'un encadrement méthodologique adéquat et que les partenaires sociaux y adhèrent, ouvre un vaste champ de possibles, certes limité aux seuls risques d'effets à long terme, mais qui avait jusqu'à présent toujours été fermé. La capitalisation des résultats des expériences menées servira, je l'espère, au fondement d'une nouvelle réforme – l'actuelle ne pouvant être considérée, malgré ses avancées, comme pleinement satisfaisante.

C'est aussi un challenge qui nécessite l'engagement des professionnels, des directions de services, des partenaires sociaux, de l'université, des institutions de prévention et des pouvoirs publics, dans une logique de coopération et de consensus.

**La mise en œuvre du PNSE va-t-elle contribuer à renforcer les moyens, la qualité et l'indépendance des expertises ?**

Parmi les priorités transversales du PNSE, le développement de l'expertise scientifique et technique a fait l'objet d'une attention toute particulière.

Cette expertise est nécessaire pour guider, quel que soit le niveau, les décisions à prendre, dans un univers largement marqué par l'incertitude scientifique. Nécessaire pour établir la confiance des acteurs sociaux envers un système de sécurité sanitaire qui a montré ses failles, elle l'est tout autant pour contribuer au renforcement de l'apport de notre pays dans des choix technologiques et économiques qui sont aujourd'hui établis au plan international.

Pour cela, l'expertise doit obéir à un certain nombre de règles qui ont été très nettement rappelées dans le rapport de la Commission d'orientation, et dont l'objectif est d'assurer le respect de l'indépendance, la transparence et l'intelligibilité du processus, la participation de l'ensemble des parties prenantes. Elle doit aussi reposer sur des personnes – les experts – qui doivent être formés au processus de l'expertise et reconnus comme tels, et sur des institutions (agences de sécurité sanitaire, INRS, INERIS, Université, Hôpitaux, institutions...) et des réseaux internationaux....

qui doivent établir entre eux les liaisons nécessaires à la mise en synergie de leurs ressources et à la cohérence de leurs conclusions.

La décision de créer une agence de santé au travail trouve sa réalisation aujourd'hui dans l'addition du « T » pour « Travail » au sigle de l'AFSSE, dont les moyens, notamment dans le domaine de l'évaluation des risques professionnels, sont en voie de renforcement. Le rapport d'orientation et le PNSE ont insisté sur la formation, sur la définition d'un cadre méthodologique rigoureux et obligé, sur le développement de la recherche en santé environnementale, qui doit permettre l'installation dans la durée d'équipes habituées à appréhender les interfaces entre les risques environnementaux et leur effets sur la santé humaine et sur les écosystèmes. Le plan pluri-annuel de l'Agence nationale de la recherche en est l'expression concrète, un premier appel

d'offre, récemment conclu, ayant mis en évidence des potentialités encore appelées à se développer.

**Quelles sont les améliorations proposées pour vérifier la mise en œuvre effective de la réglementation dans les entreprises ?**

Le PNSE a fixé de nombreux objectifs, dont beaucoup sont quantifiés. Il a, très rapidement, été transmis aux préfets de région qui ont eu pour mission de susciter la mise en place de plans régionaux de santé-environnement, de façon à s'assurer de l'effectivité de son application au plus près du terrain. Un processus de suivi a immédiatement été activé, permettant en juin dernier de rendre compte des actions entreprises. Un comité d'évaluation va être très prochainement mis sur pied, avec pour mission de rendre un premier rapport à mi-parcours pour la fin de l'année 2006.

Tout ceci constitue des gages de mise en œuvre réelle des actions programmées, même s'il est bien sûr totalement prématuré de mesurer l'impact qu'elles auront effectivement sur la réduction des risques et, à plus long terme, sur leurs résultats en terme d'indicateurs de santé. C'est la première fois que l'on assiste en France à une telle mobilisation.

Mais la réponse précise à votre question se trouve dans le plan santé-travail dont on peut penser que l'élaboration n'était justifiée que parce que, dans le domaine du travail, la réglementation, pourtant abondante et précise, n'a été jusqu'alors qu'insuffisamment appliquée. Chacun sait que les ressources des organes de contrôle sont insuffisantes pour faire face à leurs missions. Les réponses du plan santé-travail à ce questionnement sont connues maintenant de tous les acteurs de ce champ, notamment les mises en place de cellules d'appui territoriales de l'inspection du travail et l'élaboration de diagnostics et de plans d'action territoriaux.

Si je suis bien incapable de formuler un pronostic sur l'effet que vont avoir ces mesures sur le respect de la réglementation dans les entreprises, cette partie du plan intitulée « Renforcement de l'effectivité du contrôle » s'inscrit dans un ensemble plus vaste dont toutes les éléments sont synergiques pour faire en sorte que se développe une culture de travail qui intègre, en étroite cohérence avec la politique de santé publique, de formation, de recherche, de cohésion sociale, la dimension santé dans la gestion des entreprises. L'existence d'un plan national, décliné au plus près du terrain (allant jusqu'à la contractualisation avec les services de santé au travail), devant être lui aussi, à terme, évalué, est à lui seul un catalyseur de progrès puissant.

Ce qui est sûr aussi, c'est que notre corps professionnel, malgré les difficultés d'exercice qu'ils rencontrent, est aujourd'hui plus sollicité qu'il ne l'a jamais été dans le passé. Il me semble y avoir là un encouragement à participer à ce mouvement, et, peut-être, une possibilité d'obtenir une reconnaissance sociale qui n'est pas toujours à la hauteur de nos espoirs.

## Bio express



**Professeur de médecine du travail et chef du service de médecine du travail et de pathologie professionnelle au CHU de Rouen de 1979 à ce jour, à l'exception de la période 1998-2002, où il était chef du Service central de médecine du travail de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris et Professeur à Paris 6. Ancien Président de la Commission Internationale de Santé au Travail. Co-président de la Commission d'orientation du Plan national santé environnement. Auteur de nombreuses publications dans le domaine de la Santé au Travail.**

## Idées reçues n°4 sur la CMT (Commission Médico Technique)

Elle n'a pas de moyens : trois réunions par an c'est dérisoire.

**Les moyens en temps, en secrétariat, en ressources sont à conquérir avec l'appui des DRT, du contrôle social et des confrères.**

>> **Chantier** >>

# Les dérives d'un service de santé au travail

par M. Albin

**Parmi les centaines de services de santé au travail, plusieurs dizaines ont intégré des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) avant même le décret sur la pluridisciplinarité. Beaucoup ont fait appel à des consultants extérieurs institutionnels comme les ARACT ou les CRAM avec plus ou moins de facilité et de congruité avec les médecins du travail. D'autres enfin ont constitué des organismes intermédiaires comme les Groupements d'Intervention Economique (GIE), des sociétés ou des associations, ce qui le plus souvent ouvre la voie au commerce de prestations, échappant au contrôle social, et même y détournant les cotisations des services de santé au travail. Illustration exemplaire...**

Dans les tempêtes de déréglementation, de pénuries et de réformes, le vent souffle dans toutes les directions, et les barreaux inexpérimentés sont légions.

Nous avons relaté dans le n° 7 du journal (sous le titre de « Sisyphe au pays de la médecine du travail ») l'histoire réelle d'un service de médecine du travail où conseil d'administration et direction avaient perdu le cap de la réglementation et du bon sens. Des médecins du travail de plusieurs régions ont été persuadés qu'il s'agissait du dysfonctionnement de leur service!

Et pourtant...

Dans cette région de France où le vent souffle souvent frais entre les massifs, ce service « moderne » n'a pas hésité à initier une dynamique de prestations d'IPRP. En premier lieu, le service a créé, avec ses fonds, une société écran entre les médecins du travail et les entreprises, organisme qui permet de mettre en place une démarche commerciale pour facturer des prestations d'IPRP aux entreprises. On imagine le raisonnement de la direction et du conseil d'administration : vu son caractère marchand, l'initiative sera concurrentielle et efficace ! Le CA ne s'est d'ailleurs nullement offusqué de connivences privées entre la direction et la nouvelle société et les intérêts secondaires seront ignorés. La nouvelle société va canaliser toutes les demandes d'intervention des médecins qui en seront bien sûr aussitôt dépossédés pour laisser la place à l'efficacité supposée des prestations vendues, des analyses, des formations... Evidemment la transformation des conditions de travail et l'amélioration de la santé au travail sont rarement le fruit de simples interventions ponctuelles standardisées, et, l'invisibilité des échecs ne tient pas avec le temps.

Les médecins du travail ont mis du temps à se mobiliser collectivement après avoir réagi de façon trop individuelle et dispersée. Courrier au CA, remise en cause de la société écran en raison de l'absence de consultation du Comité d'Entreprise, alerte de la Direction Régionale du travail et du Médecin Inspecteur régional du travail et de la Main d'œuvre pour atteinte à leur indépendance.

Ce service s'est aussi aventuré dans des modes

de financement « sérieux » : finie la facturation du service aux entreprises à la capitation, en 2002 la facture sera à la masse salariale. Pourquoi pas ? Tout dépend du niveau des salaires. Mais si aux environs de 0,25 % de la masse salariale dans une population moyenne, le montant perçu par le service pour chaque salarié est à moins de quarante cinq euros, l'équilibre financier sera difficile à tenir. On sait en effet que le seuil d'équilibre était ces dernières années plus souvent au dessus de cinquante euros par salarié suivi. Déficit ? Qu'à cela ne tienne, si le déséquilibre augmente, c'est que les médecins ne travaillent pas assez et que les entreprises ne savent pas ce qu'elles paient. La direction met en place, pour 2005, la facturation en fonction du nombre d'actes médicaux et du nombre d'heures d'Actions en Milieu de Travail réellement effectuées pour chaque entreprise

Le déficit augmente encore, ainsi que le stress des médecins et personne n'est satisfait.

Les médecins espèrent-ils une meilleure écoute du nouveau conseil d'administration issu du dernier décret du 28 juillet 2004 ? Les représentants des salariés qui devraient être un tiers soit par exemple six sur dix huit ne sont que quatre à siéger, et la complexité du problème est difficile à communiquer. De toute façon ils restent si minoritaires...

Le Conseil d'Administration va quand même réagir et changer de direction. Peut être qu'enfin quelques menaces de refus d'agrément à la suite des réactions d'un MIRTMO vont lui faire peur ? Ce serait une nouveauté ! Mais face à une gestion si légère du service de santé au travail, il faut avoir la foi pour penser que le nouveau CA puisse prendre de nouvelles mesures saines et durables.

**En attendant que les modes de financement et de gestion des services deviennent enfin une préoccupation de santé publique, ce qui a été lâchement oublié dans les réformes récentes, tous les professionnels de santé au travail devront se confronter à ces dérives et les combattre, ne serait-ce que pour pouvoir faire correctement leur mission pour la santé des salariés.**

## Idées reçues n°5 sur la CMT (Commission Médico Technique)

Elle n'a pas de mission claire

**Oh ! Que si ! elle a « pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres. Elle est consultée, en temps utile, sur les questions touchant notamment à la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles au sein du service de santé au travail, l'équipement du service, l'organisation d'actions en milieu de travail et des examens médicaux, l'organisation d'enquêtes et de campagnes. »**

## Naissance d'un réseau pluridisciplinaire « précarité, santé au travail » dans la région Nord Pas-De-Calais

par V. Bacle et M.C. Limame.

Ce réseau, en cours de construction, résulte d'une convergence de réflexions entre d'une part la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), où l'Inspection médicale du travail avait créé un groupe de médecins du travail sur la problématique de la précarité et de la santé, et d'autre part le Service Social du Travail de la Région Nord (SSTRN), où des échanges réunissaient infirmier(e)s de santé au travail et assistantes sociales d'entreprise confrontés aux difficultés de personnes intérimaires, en CDD, stagiaires ou encore travailleurs pauvres.

De ces préoccupations communes est née l'idée d'un groupe de travail qui s'est intéressé dès 2004 à poser le cadre de la réflexion : comment définir un seuil de pauvreté ?

Ce groupe de travail poursuit 3 objectifs :

- élaborer un corpus de connaissances sur la précarité au travail et ses effets sur la santé,
- organiser un réseau alertant les instances politiques et sociales (Conseil Régional et Conseil Général, CRAM, mairies,...) sur le paradoxe de travailler et d'être cependant pauvre.
- créer un répertoire exhaustif des personnes ressources pouvant répondre aux besoins.

Une demande de subvention au Programme Régional d'Accès Prévention aux Soins (PRAPS), dans le cadre des Plans Régionaux de santé n'a malheureusement pas abouti en 2005. Mais l'expérience se poursuit et la Direction Régionale du Travail souhaite une étude sur l'accidentabilité des intérimaires.

## Désamianter sans « souci »

par G. Arnaud

Le ministère de la défense, gros pourvoyeur d'expositions à l'amiante dans les chantiers navals de la défense nationale, avait trouvé une solution pour ne pas exposer une deuxième fois ses salariés à ce cancérigène.

Constatant que de nombreuses pathologies sont en rapport avec un défaut de maîtrise du risque amiante dans les chantiers navals, il avait été décidé de ne plus exposer de salariés français dans les opérations de désamiantage du navire CLEMENCEAU et de confier ces opérations à l'Inde... où « malheureusement » il n'y a aucune législation sur l'amiante...

L'exposition à l'amiante d'un travailleur indien serait-elle plus légitime que celle d'un français...

## Le scandale de l'amiante en bande dessinée

Albert Dandrov a scénarisé ce « crime social » en quarante pages d'histoires d'intoxications et de combats du 20<sup>ème</sup> siècle.

15 € dans votre librairie dont 10 % pour l'Andeva  
Beau cadeau.....



# Qualité et évaluation en santé au travail : certes, mais...

Par C. Garcia

**Au moment où l'on voit s'installer, dans certains services de santé au travail (STT), des démarches qualité et où s'actualise le principe de l'évaluation en santé au travail, il ne paraît pas inutile de faire le point sur ces questions afin d'en déceler les enjeux et les possibles conséquences sur l'indépendance professionnelle des médecins du travail et les relations de travail entre collègues.**

**Le débat est ouvert...**

## Les dessous de la démarche qualité

L'intensification du travail a pour but de rendre le travail plus rentable, dans un contexte de concurrence entre les entreprises qui n'épargne pas le secteur des services. Mais comme l'avait déjà signalé Taylor en 1927, il pourrait en résulter un déficit de qualité. Pour y remédier, on a vu « fleurir » les projets de démarches qualités dans le but de permettre l'intensification du travail sans en compromettre le résultat grâce à l'implication psychique du salarié dans la gestion des inéluctables contradictions de l'organisation du travail.

Comment pourrait-on être "contre" la qualité ?

Aussi, comme le choix des mots n'est pas anodin lorsqu'il s'agit d'entraîner le personnel, de le faire adhérer à ces démarches, l'on s'arrange bien souvent, tout au moins dans certains Services de Santé au Travail, pour ne plus introduire le terme même de "qualité" qui commence par devenir trop connoté : on parle alors de "démarche de progrès" (DPS), ou "d'accompagnement au changement".

Ne s'agit-il pas d'utiliser des techniques verbales et mentales pour permettre à la Direction de l'entreprise de faciliter le contrôle de l'activité des salariés qui est toujours un facteur de risque et de perturbation qu'on vise autant que possible à canaliser ?

Dans ce contexte, la stratégie de toute démarche "qualité" consiste à instrumentaliser et à individualiser les salariés. On leur demande de rédiger des fiches de procédure qui décrivent moins le travail réel et la part d'invisibilité qui le sous-tend (analyse de situation, dilemmes, ...) que des actes observables dont on pourra ultérieurement assurer le contrôle. On individualise les salariés en créant entre eux une relation "client-fournisseur": chacun devient le client ou le fournisseur de ses collègues, en amont ou en aval. Cela se traduit par une mise en concurrence des salariés entre eux, par un isolement par la crainte, par une mise à mal des collectifs de travail qui protègent l'individu et sa santé mentale en construisant un espace de confiance et de solidarité. Ces démarches "qualité" ont également un impact fort sur le rapport salarial dans la mesure où elles modifient de manière conséquente l'exécution et l'organisation du travail et aboutissent à l'implication psychique des salariés qui doivent alors intégrer en permanence les impératifs économiques de l'entreprise.

## Les démarches qualité en santé au travail

La santé au travail est un secteur où l'activité est régie par le droit social: activité clinique et de tiers temps, rapport annuel d'activité des médecins et des Présidents des SST, plan d'activité, rédaction des fiches d'entreprises.

C'est dans le champ du droit social que le législateur a ancré les supports de l'évaluation des pratiques et de l'efficacité de l'institution et donc de sa "qualité".

Confier à la norme qui est un acte privé (démarche qualité type ISO), l'évaluation des pratiques médicales ou l'efficacité de l'institution, c'est contourner sa subordination aux valeurs du droit.

Les démarches normatives tendent, en effet, non seulement à s'affranchir du droit mais encore à le supplanter.

Le risque serait de voir certains professionnels fascinés par l'évaluation formalisée dans le cadre de la démarche "qualité".

Ainsi, il n'est pas sans signification de remarquer que l'un des objectifs affichés par la démarche DPS du CISME, en dehors de "mettre en place un système de management de référence des SST abordant tous les aspects de l'activité de ces derniers", était de "mettre en place l'évaluation des actions de prévention, celle de la prescription des examens complémentaires et de valider une liste d'indicateurs d'évaluation de l'activité médicale".

Les médecins du travail peuvent-ils accepter l'application de normes "qualités" pour évaluer leurs pratiques alors qu'ils sont témoins de leur influence néfaste sur la santé des salariés ?

Peut-on appliquer une démarche purement commerciale à des services "constitués sous la forme d'un organisme à but non lucratif" ? (article R 241-12 du code du travail).

La mise en concurrence qu'elle génère est-elle compatible avec "les rapports de bonne confraternité que les médecins doivent entretenir entre eux"? (article 56 du code de déontologie médicale).

La rationalisation économique qui est son objectif pourrait compromettre l'observance de l'article 5 du code de déontologie sur l'indépendance professionnelle.

Les démarches "qualité" normatives paraissent donc en opposition avec les principes même de l'exercice médical.

## L'évaluation des pratiques en Médecine du Travail.

Le législateur a renforcé la formalisation de l'évaluation des pratiques médicales en Santé Publique par la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002.

Mais si l'on peut adhérer au principe d'une évaluation en Santé au Travail ayant pour seule référence l'intérêt de la santé des salariés, on ne peut méconnaître les précédents critiquables qui ont conduit à accrocher au référentiel des bonnes pratiques établi par l'ANAES un principe de coercition économique exercé par les caisses d'assurance maladie, au travers des références médicales opposables.

Un système d'évaluation fondé sur de meilleures pratiques dans l'intérêt de la santé des sujets a pu ainsi déboucher sur un système d'évaluation où l'économique prend une place prépondérante.

Qui doit bénéficier de l'évaluation ?

L'objet de la mission des médecins du travail est défini réglementairement (L 241-2 du CT) et cela permet d'en définir les vrais bénéficiaires à savoir les travailleurs.

L'évaluation des pratiques et de l'efficacité de l'institution ne peuvent donc avoir qu'un critère unique qui est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs.

L'entreprise en est un bénéficiaire secondaire dans la mesure où elle se donne comme objectif d'empêcher les atteintes à la santé des salariés.

Il est également fondamental de ne pas établir de confusion entre évaluation et normalisation car cette dernière n'est qu'une méthode qui ne paraît pas adaptée, comme on le voit, à l'évaluation en Santé au Travail.

Les pratiques en Santé au Travail font référence à des règles de métier qui naissent de la réalité du travail dans un champ spécifique différent de celui des autres formes d'exercice médical. Ces règles sont formalisées dans des groupes spécifiques d'échanges et de débats sur les pratiques

professionnelles (syndicats, associations, sociétés de médecine du travail, réunions techniques de médecins au sein des STT, commissions médico-techniques ...).

En tout état de cause, il apparaît fondamental de bien veiller à ancrer l'évaluation des pratiques et l'efficacité de l'institution (qui en est distincte) dans le droit social et non pas dans des démarches normatives type ISO ou DPS.

L'évaluation des pratiques en Médecine du Travail doit demeurer une démarche de professionnels à qui il appartient d'élaborer les référentiels pertinents adaptés au contexte spécifique qui est le nôtre, à son contexte réglementaire et à sa finalité préventive.

Il est important de faire connaître les enjeux et les conséquences prévisibles de l'introduction de démarches "qualité" dans les SST, de provoquer le débat sur ces questions dans les instances représentatives (commissions de contrôle, comités d'entreprises, DP) qui ont toute légitimité pour le faire, puisque cela touche à l'organisation du travail et à la marche générale de l'Association, de favoriser les discussions sur l'échange des pratiques professionnelles à valider au cours des réunions techniques des médecins sur lesquelles pourraient s'appuyer les commissions médico-techniques pour élaborer leurs propositions.

## Société Algérienne de Médecine du Travail



**Inscription : 2000 D.A.**

Service de Médecine du Travail  
Bd Mohamed V – Tlemcen 13000  
Tél/Fax. : 043. 20. 84. 59

Pour plus d'informations vous pouvez écrire à :  
la SAMTA Chez le Docteur CARRE  
80, bd de Reuilly  
75012 PARIS"

## Journées Nationales de Médecine du Travail Tlemcen, 12, 13 et 14 mai 2006

**Autour des thèmes :**

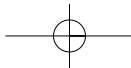
1. Le risque chimique en entreprise
2. Le risque cardiovasculaire et Travail
3. Les Troubles musculo squelettiques
4. Poumon et travail
5. Cancers et travail

**Table ronde :** Les nouvelles approches méthodologiques d'analyse des situations de travail (ergonomie, ergologie, psychodynamique du travail.)

## Idées reçues n°6 sur la CMT (Commission Médico Technique)

Elle n'a pas d'interlocuteurs.

**Et comment donc ! elle « communique ses conclusions, selon le cas, au comité d'entreprise, au comité d'établissement, au conseil d'administration paritaire, au comité interentreprises, à la commission de contrôle, à la commission consultative de secteur et leur présente, chaque année, l'état de ses réflexions et travaux. »**



>> suite de la page 1 >>

de l'emploi engendre une dégradation des conditions de vie pour un nombre croissant de salariés. L'insuffisance et/ou l'irrégularité des revenus des « salariés de la précarité » rendent plus difficiles l'entretien et la préservation de la santé au quotidien. L'alimentation, les consultations et les soins médicaux, les pratiques sportives, ou simplement les loisirs, qui contribuent à la santé psychologique et morale, sont autant de postes budgétaires que les difficultés financières obligent à réduire considérablement, ce qui contrarie la construction d'une bonne santé. En ce sens, les transformations de la condition salariale reposent avec acuité la question des inégalités sociales de santé.

L'intensification du travail, quant à elle, met en jeu de façon directe et immédiate la santé et la sécurité des salariés sur les lieux de travail. L'obligation de travailler dans l'urgence se traduit par une disparition des marges de manœuvre protectrices pour la santé, et par une sollicitation accrue des ressources physiques et psychiques des salariés. En témoignent l'explosion des pathologies musculo-squelettiques ou l'augmentation des accidents du travail qui ne constituent que la partie la plus connue d'une nébuleuse de troubles très diversifiés. Lorsque les contraintes et les contradictions de l'organisation du travail sont renvoyées à une gestion individuelle, la santé apparaît comme un « amortisseur », c'est-à-dire comme l'ultime ressource dans laquelle puiser pour « tenir » au travail.

Par cette mobilisation intensive des hommes et des femmes au travail, la précarisation du travail durcit également les processus de sélection-exclusion professionnelle, contribuant à construire des formes d'employabilité par la santé.

Sur le plan de la santé mentale des salariés, les travaux de psychodynamique du travail montrent bien que les mutations contemporaines du travail donnent lieu à un renouvellement des sources d'insatisfaction et de souffrance au travail, liées notamment à l'absence de reconnaissance intersubjective dans le travail, d'autant plus prononcée que le rapport au travail est individualisé et que les ressources du collectif sont minimisées. La souffrance au travail apparaît également lorsque les salariés sont confrontés à des injonctions contradictoires entre qualité et rapidité, efficacité et rendement... : la souffrance vient alors de la contrainte à mal travailler, et de la disparition des sources de satisfaction, d'intérêt et d'épanouissement personnel dans le travail. Lorsqu'on ne donne pas aux salariés les moyens matériels, temporels et organisationnels pour faire correctement leur travail, on les place en situation d'échec permanent, portant atteinte à leur identité de travailleur, donc à leur estime de soi et à leur santé mentale. De très nombreux exemples montrent que les transformations du travail conduisent souvent à une impossibilité pour les salariés de construire une identité positive dans leur travail, et aboutissent finalement à une perte de sens du travail lui-même. La souffrance au travail est d'autant plus douloureusement vécue qu'elle est bien souvent éprouvée sur un mode individuel : bien que cette expérience concerne un grand nombre de salariés de tous les secteurs d'activités, elle n'est encore que peu mise en forme sur un plan collectif. Il en est ainsi du harcèlement moral au travail : souvent interprété comme un problème interpersonnel, relevant spécifiquement des relations entre deux individus, le harcèlement est en réalité socialement construit par l'évolution du monde du travail qui laisse le champ libre à ce type de comportement. Le problème du harcèlement moral est donc un phénomène collectif, inscrit dans les rapports

sociaux et dans les organisations du travail, et ne se résume pas à l'expression de quelques personnalités « perverses ».

On pourrait débattre des points communs et des différences entre ce que l'on appelle aujourd'hui la « souffrance au travail », et ce que l'on désignait dans une période précédente sous le terme « aliénation ». Dans une certaine mesure, il semble que la souffrance au travail peut être vue comme la reformulation, dans le contexte du néo-capitalisme, de la problématique de l'aliénation.

**La précarisation à l'origine d'une division des risques**

La précarisation du travail transforme également les enjeux de santé au travail par le biais des restructurations et des nouvelles divisions du travail, qui se doublent d'une division sociale des risques et des atteintes. Plusieurs recherches françaises et européennes montrent en effet que les travailleurs précaires, sous-traitants ou intérimaires, sont exposés à davantage de risques et de pénibilités dans le travail. Plus exposés, ces salariés sont aussi plus démunis pour faire face et éventuellement agir sur leurs conditions de travail, car ils sont éparpillés, présents seulement à titre temporaire, et exercent souvent dans des petites entreprises sans CHSCT ni représentations syndicales. Cette division des risques va de pair avec leur occultation : le nomadisme professionnel des salariés précaires nuit fortement à leur suivi en médecine du travail, ce qui fait que les risques pour la santé sont à la fois augmentés et encore plus difficiles à connaître. Enfin, l'insécurité grandissante de l'emploi et la pérennisation du chômage de masse contribuent à redéfinir les rapports entre travail, emploi et santé en tant que valeurs socialement construites et partagées. La précarisation du travail place en effet les salariés en situation d'avoir à « choisir » entre satisfaction dans le travail ou stabilité de l'emploi, stabilité de l'emploi ou préservation de leur santé... Les enjeux fondamentaux de l'existence que sont la sécurité de l'emploi (et donc des conditions de vie), le rapport au travail (et donc les identités professionnelles) et la santé (au sens large du bien-être) sont donc mis en concurrence et en contradiction par les évolutions actuelles dans l'emploi et le travail. Dans ce contexte, les salariés (mais aussi les médecins du travail), sont bien souvent amenés à privilégier l'emploi au détriment de la santé.

Finalement, de même que la précarisation du travail est constitutive de l'ordre économique néo-capitaliste, la rationalisation de la santé au travail est constitutive de l'organisation du travail néo-capitaliste. C'est en ce sens que la santé se situe bien au cœur des processus de précarisation du travail et de précarisation sociale.

Ces remarques ouvrent sur la très vaste thématique de la « qualité » du travail et sur la définition d'un travail « soutenable » ou « décent ». Essayer de définir ce qu'est un travail « soutenable », c'est-à-dire un travail qui permette la préservation et la construction de la santé, c'est s'interroger notamment sur la notion de « pénibilité », qui dépasse très largement la seule dimension des gestes, des postures et des environnements de travail, et inclut toute la dimension de l'organisation du travail et des rapports sociaux dans le travail. L'enjeu est évidemment majeur, tant du point de vue de la vie des salariés, que sur le plan de la place et du sens du travail dans nos sociétés, ou qu'en termes de santé publique.

\* Docteure en sociologie, CIRUS-Cers, Université de Toulouse-Le Mirail  
Intégralité de la communication consultable sur le site du SNPST

**Inégalité de santé entre précaires et non précaires**

Par M.C. Limame

**Le Haut Comité de Santé Publique définit la précarité comme « le résultat d'un enchaînement d'évènements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. » On peut également ajouter « sanitaire » comme le montre l'enquête de centres d'examen de santé de l'Assurance maladie relatée par le BEH\*.**

L'Assurance maladie s'est intéressée, entre 1995 et 2002, dans 98 de ses centres d'examen de santé, aux différences de comportements (tabagisme, sédentarité, suivi gynécologique...), d'accès aux soins et d'indicateurs de santé (mauvaise santé perçue, obésité, maigreur, pression artérielle élevée, présence de dents cariées...) de 2 populations composées d'une part de 516 607 personnes non précaires et d'autre part de 704 128 personnes en situation de précarité (chômeurs, bénéficiaires du RMI, titulaires d'un CES, personnes SDF ainsi que jeunes de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans l'insertion professionnelle). La plupart des indicateurs se sont montrés altérés dans toutes les catégories de personnes en situation de précarité par rapport à la population de référence. Les risques relatifs sont les plus élevés pour le non suivi médical et dentaire. Les populations les plus touchées sont les jeunes en insertion, les bénéficiaires du RMI et les personnes SDF. Chez les femmes, les indicateurs les plus concernés sont l'obésité et l'absence de suivi gynécologique.

Aux professionnels de santé au travail de porter donc une attention accrue aux populations fragilisées : anciens et futurs chômeurs, jeunes en insertion, « working poors ».

\* BEH n°43 du 31 octobre 2005

L'abonnement au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire est gratuit sous forme électronique sur le site de l'Invs : [www.invs.sante.fr/beh](http://www.invs.sante.fr/beh)

>> 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

le Journal  
des professionnels  
de la Santé au Travail

N° 20

FEVRIER  
2006

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 : M. Albin, J.P. Antzenberger,  
V. Bacle, F. Blanc, V. Hélardot

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

**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](mailto: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 .....