

## Sommaire

- Actualité du syndicat ... p.2
- Mission d'information parlementaire
  - Conduites addictives et milieu professionnel
  - Contentieux
- Terrain ..... p.3
- Se donner les moyens d'une commission médico-technique opérationnelle
  - Quelle inspection du travail ?
  - Histoire qui exclut !
- Institutions ..... p.4
- REACH ou l'armoire d'une lente révolution pour la santé
- Entretien ..... p.5
- Quels repères pour une clinique médicale du travail ?
- Chantier ..... p.6
- Le métier de médecin du travail à la lumière des évolutions juridiques ou comment être en règle avec les contradictions
- Eurêka ..... p.7
- Et si on apprenait à travailler ensemble ?
  - Contre objectif... du Plan Santé Travail !
  - Congrès de Lyon, 30-31 mai 2006  
Le SNPST communique

Comment s'abonner

p. 8

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 21

avril 2006

## >> Editorial

Cette livraison se fait l'écho de débats qui agitent notre profession. L'évolution démographique avec la perspective de pénurie à l'horizon 2010, grève notre avenir comme celui d'autres spécialités médicales. Les contradictions de l'injonction paradoxale induite par les évolutions juridiques conduisent à nous positionner sur nos priorités et nos responsabilités. Plus fondamentalement encore, les graves insuffisances de notre système de santé au travail, pointées par la mission d'information parlementaire sur l'amiante (même si le constat pertinent s'accompagne de propositions inadaptées), nous interpellent et nous incitent à la réflexion sur la nature même de notre mission et ses moyens.

Avec Philippe Davezies, nous réfléchissons, et c'est un des principaux sujets du congrès de Lyon, à la clinique médicale du travail à la lueur des transformations en cours. Des transferts de compétences au sein d'une équipe médicalisée et le travail en réseau à l'image de ce qui se fait déjà dans d'autres spécialités ou dans d'autres pays constituent également des pistes à explorer pour maintenir la qualité de nos missions.

Autre sujet récurrent : en contradiction avec l'orientation de nos autorités de tutelle de nous voir prioriser la prévention, certaines officines interministérielles entendent nous faire jouer un rôle de sélection et d'expertise sécuritaire. Tous ces graves sujets ainsi que le risque chimique avec la présentation de REACH n'excluront pas quelques pointes d'humour... au contraire.

Jean Michel Sterdyniak ■

## Les problèmes de démographie des professions de santé affectent-ils les médecins du travail ?

par Gérard Lucas

*Question qui pourrait sembler inutile puisque le dernier décret sur les services de santé au travail de juillet 2004 augmente l'effectif de salariés attribués à chaque médecin du travail et que la réponse au manque de médecins du travail a consisté, jusqu'à maintenant, à puiser dans le réservoir de l'ensemble des médecins. Mais quelle est la réalité de cette réserve? Si l'Office National de Démographie des Professions de Santé (ONDPS) n'a pas exploré spécifiquement la santé au travail, ses conclusions laissent peu de marge de manœuvre pour combler les prévisions qui restent préoccupantes pour les services de santé au travail.*

*Il serait peut-être temps de rechercher de nouvelles réponses plus adaptées.*

### Atténuation partielle et temporaire de la pénurie de médecins du travail

En 2003, nous alertions (JMT n°9) la profession, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics sur le déficit prévisionnel en médecins du travail. Des dispositifs de recrutement de médecins du travail ou de redéploiement de l'activité médicale en santé au travail s'imposaient. Les projections les plus optimistes montraient un déficit prévisible de 1 000 médecins du travail dès 2012, en tablant sur le maintien en activité jusqu'à 65 ans des médecins actuels, l'augmentation du renouvellement des recrutements dans les 3 filières de formation, et le maintien de l'inexistence de la santé au travail dans l'Education Nationale ou pour les travailleurs non salariés. Le bon sens invitait donc à avancer la réalité de ce déficit d'au moins deux à trois ans.

Le nouveau forfait de 3 300 salariés par médecin du travail, défini par le dernier décret, abaisse au mieux de 15 % les besoins soit 1 000 médecins en moins, ce qui n'empêchera pas la pénurie. Il est très facile, en effet, d'évaluer qu'avec les calculs les plus optimistes, la pénurie de médecins s'annonce à nouveau à partir des années 2010.

Déjà la tension se fait sentir dans les régions les moins attractives où les services de santé au travail compensent le manque de médecins du travail par l'augmentation des effectifs de salariés par médecin, le refus de nouvelles entreprises ou le recrutement peu regardant de médecins non qualifiés. Cette fuite en avant commence à peser lourd sur les

conditions d'exercice des professionnels de santé au travail.

Jusqu'à maintenant, la réponse au manque de médecins du travail consistait à puiser dans le réservoir de l'ensemble des médecins et notamment des médecins généralistes en suscitant des concours européens et des formations capacitaires de médecins du travail. La réalité de cette réserve est mise en cause par l'ONDPS qui, dans son rapport daté d'avril 2005 (60 pages), documente l'état et le devenir des ressources médicales en France.

### Une désertification médicale aujourd'hui limitée

L'analyse de l'ONDPS montre une augmentation progressive, jusqu'en 2004, de la densité médicale avec un taux de 340 médecins pour



Les médecins du travail manifestaient à Lille en 2000

100 000 habitants, taux plus fort que la plupart des pays Européens ou le Canada. Les disparités régionales diminuent : les plus fortes densités des régions Ile de France et PACA sont passées de 40 % au dessus de la moyenne en 1985 à 25 %, et le déficit des régions Picardie, Champagne Ardenne et Basse Normandie (à plus faibles densités) est passé de 30 % à moins de 23 % par rapport à la moyenne.

Dans les petites zones de la taille d'un ou plusieurs cantons, le déficit en offre de soins de proximité est malgré tout important. Les rédacteurs constatent que leurs outils de mesure sont inadaptés pour identifier les insuffisances de l'accès aux soins pour certaines spécialités comme la chirurgie ou l'anesthésie.

Ils reconnaissent aussi que cet inventaire de médecins ne tient pas compte de l'exercice réel, et que certaines pratiques spécifiques n'abondent pas l'offre générale de soins de proximité.

### ... mais des risques sérieux de désertification et de disparité pour demain

L'ONDPS tire la sonnette d'alarme pour les années à venir. Sur les bases d'un développement des numéros clausus à la formation et d'une évolution des pratiques, les effectifs de médecins commencent à diminuer dès 2005 avec une densité qui sera inférieure de 20 % en 2022. Tout porte à croire

que cette diminution sera encore plus marquée dans les zones déjà les moins favorisées, à savoir les zones rurales et les banlieues ouvrières. L'ONDPS, qui prône sa propre utilité, propose de multiplier ses observations en suggérant que l'offre de soins et son évolution dans les régions soient identifiées par des comités régionaux de la démographie des professions de santé. Les besoins de la Région seraient déterminés par les Missions Régionales de Santé (MRS) et par les Agences Régionales Hospitalières (ARH). Il faudrait alors que l'offre soit cohérente avec l'inventaire des besoins, une instance nationale étant chargée de surveiller l'état de la démographie du pays. L'ONDPS écarte cependant toutes les mesures contraignantes à l'installation qui pourraient s'avérer contraires à la culture des médecins libéraux. Par exemple, les modèles des ARH ou de la sectorisation des pharmacies ne sont pas retenus.

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

#### Hôpital sous haute surveillance : à quand un patient, un policier ?

Lutter contre l'insécurité dans les établissements hospitaliers, je suis pour... mais de là, comme dans les écoles, à instaurer une présence policière à l'intérieur des établissements comme le prévoit l'accord signé en août 2005 entre les Ministères de l'Intérieur et de la Santé... et comme l'ont déjà mis en place deux hôpitaux...

D'accord, la violence n'épargne plus le milieu hospitalier, et là comme ailleurs, on constate une augmentation des agressions du personnel hospitalier, de leur outil de travail ou de leur environnement de travail.

Mais p'têt que y'aurait d'autres moyens de prévention à mettre en œuvre... P'têt bien même que la violence est devenu un risque professionnel émergent qui se doit d'être traité comme un problème de santé au travail se déclinant autour d'actions individuelles de prise en charge des agents victimes d'agression et d'actions de prévention des situations de travail susceptibles de générer ou de majorer des manifestations de violence.

Qui a fréquenté les urgences, par exemple, ne peut ignorer les problèmes structurels et organisationnels : que la configuration architecturale n'est pas toujours bien adaptée, que les lieux et fonctions sont difficiles à appréhender, qu'une fonction de liaison et de renseignement des malades et de leurs accompagnants serait utile, qu'une meilleure gestion des effectifs disponibles pourrait être précieuse...

Mais, bon, s'ils sont là... y seront peut-être pas ailleurs...

La nana des lilas

## Mission d'information parlementaire : des constats pertinents mais des propositions inacceptables...

Par M.Chevalier

La mission d'information parlementaire de l'Assemblée Nationale sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante vient de rendre ses résultats (disponibles sur le site du SNPST). Bien qu'aucun médecin du travail de terrain n'ait été auditionné et que la demande du SNPST soit restée sans réponse, nous partageons les conclusions de cette mission relatives à la faillite du système de la médecine du travail et au manque de moyens attribués aux médecins du travail. Pour autant, le SNPST désapprouve et s'inquiète des mesures qu'elle préconise, visant en particulier à confier le suivi médical des salariés aux médecins traitants

### Des critiques fondées

La mission a bien pointé les difficultés liées à la démographie médicale et donc au manque de moyens des médecins du travail pour exercer correctement l'ensemble de leurs tâches. Elle a également repris les critiques de l'IGAS (Rapport 2003-015) concernant l'avis d'aptitude à savoir son inefficacité sur le plan de la prévention et le fait qu'il crée un détournement de la médecine du travail vers une médecine légale à vocation assurantielle. La mission a également souligné le problème éthique posé par la "non contre-indication" à l'exposition à des produits cancérigènes. Abordant la question de l'indépendance des médecins du travail vis-à-vis des employeurs, la mission souligne qu'aux yeux des employeurs, le médecin du travail serait avant tout le rédacteur d'un certificat d'aptitude équivalent à « un blanc-seing assurantiel ». Le médecin du travail, du fait de son lien de subordination à l'employeur, serait incité à une « autolimitation » de sa mission, au détriment de son rôle de veille sanitaire et de conseil en matière de prévention. Si ces critiques de la médecine du travail en tant qu'institution sont tout à fait pertinentes, on peut cependant regretter le silence de la commission concernant la mission légale du médecin du travail qui est, rappelons-le, de préserver la santé des travailleurs du fait de leur travail. A ses yeux, cette mission consisterait « à rencontrer les travailleurs pour délivrer un certificat d'aptitude ». De plus, elle oublie de préciser que la plupart des médecins du travail, durant cette période, ont essayé d'appliquer au mieux les directives de l'Etat et les recommandations du Comité Permanent Amiante qui était la seule référence scientifique dont ils disposaient.

### Des recommandations inquiétantes

Les deux principales propositions de la commission sont, du point de vue du SNPST, beaucoup plus problématiques. « Créer un service public de santé au travail, regroupant les médecins du travail et doter ces médecins d'un statut public garantissant leur autonomie, le financement de ce nouveau service public étant assuré par l'Etat et les employeurs ».

Nous avons toujours affirmé que les entreprises devaient rester les seuls financeurs de la prévention de la santé au travail, mais que les employeurs ne pouvaient pas en être les gestionnaires majoritaires. Il est primordial de préserver l'indépendance des professionnels de la santé vis à vis des employeurs et de l'Etat.

"Engager une réflexion sur la possibilité de confier la visite médicale obligatoire et la délivrance de certificats d'aptitude à la médecine de ville..."

Nous réaffirmons l'importance de préserver la médicalisation de la santé au travail. Le médecin du travail, par sa clinique, sa formation et sa connaissance du terrain, doit pouvoir faire le lien entre les pathologies et le travail, et préconiser les mesures adaptées pour préserver la santé des salariés. Le médecin traitant n'a pas de connaissance spécifique des entreprises lui permettant d'assumer ce rôle. La délivrance d'un avis d'aptitude ne serait pas plus acceptable ni pertinente si elle était réalisée par un médecin traitant, d'autant que ce dernier se trouverait dans une situation délicate, délivrant à la fois des arrêts maladie et des aptitudes au travail.

## Conduites addictives et milieu professionnel

Par M. Chevalier

Auditionné le 16 mars dernier par la Commission Conduites addictives et milieu professionnel de la MILDT (mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie), le SNPST a fait part de notre position sur ce sujet.

Nous estimons que la responsabilité de ces substances dans les accidents du travail doit faire l'objet d'études épidémiologiques sérieuses avant de pouvoir conclure. Par ailleurs, pour ce qui est des postes de sécurité dans le transport, et à l'exception de l'alcool, nous estimons ne pas disposer actuellement de données suffisantes à la mise en place de préconisations efficaces et pertinentes en matière de recherche de substances psycho-actives.

Le dépistage systématique de la consommation de substances psycho-actives ne relève pas, d'autre part, de la mission du médecin du travail.

Ce dernier ne peut assurer son rôle de préservation de la santé des salariés que s'il bénéficie de leur confiance. Il doit prendre en compte les données fournies par le salarié ou recherchées avec son accord et garanties par le secret médical afin de construire avec lui une stratégie d'accompagnement et de prévention. Tout ceci est impossible si le médecin est perçu par le salarié comme celui qui dépiste les consommations de substances psycho-actives et qui peut le "sanctionner" par une inaptitude. Le SNPST a donc fortement soutenu la position d'un dépistage fait par des médecins "experts", dûment habilités et reconnus comme tels.

Il nous a, hélas, bien semblé que cette position était loin d'être partagée par les membres de la commission et par les médecins relevant de services autonomes audités avant nous...



Personne Apte à la Sécurité ?

## Contentieux

Par Michel Hamon



### Fonction publique d'état : évolution réglementaire

Depuis décembre 2004, le SNPST a engagé une action contentieuse concernant le statut des médecins de prévention de la fonction publique d'état (FPE). Une lettre au premier ministre dénonçait l'absence de statut protecteur, les recrutements en qualité de vacataire, les disparités de traitement et de rémunération en fonction des différents ministères... Il était demandé notamment une titularisation des temps plein dans un corps de fonctionnaires, un abandon des qualifications de vacataire et de contractuel à durée déterminée au profit de contrats à durée indéterminée et une harmonisation des conditions de traitement pour des fonctions identiques. Cette lettre étant restée sans réponse, un recours en conseil d'état a été déposé en mars 2005 qui a malheureusement fait l'objet d'un rejet en février 2006.

Cependant, malgré cet échec, certains points développés dans le mémoire du ministre de la fonction publique peuvent être utilisés par nos confrères et en particulier ce qui concerne la reconnaissance de la qualité d'agent contractuel de droit public. « Le statut de vacataire, recruté pour répondre à un besoin ponctuel de l'administration, ne correspond pas à la situation des médecins de prévention » affirme le ministre. Dont acte...

Par ailleurs, une nouvelle avancée est survenue depuis la loi du 27 juillet 2005 puisque le renouvellement de contrat doit obligatoirement se faire, en CDI si l'agent est en fonction depuis 6 ans au moins, de manière continue... mais cela ne garantit pas que le contrat soit renouvelé, ce qui laisse persister un risque de se « débarrasser » d'un médecin gênant... Si l'agent a plus de 50 ans, la situation est plus favorable.

Ces dernières dispositions sont valables également pour la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière

### Aptitude sécuritaire : exemple de la dépollution pyrotechnique

L'établissement de prescriptions réglementaires concernant les conditions d'aptitude médicale à certaines fonctions ou postes dits de sécurité semble devenir depuis quelques temps une activité très prisée dans nos ministères. Il faut ouvrir les parapluies, souvent au détriment des agents ou des salariés, sans justification clairement établie des critères de sélection.

La nécessité de réaliser des travaux de dépollution pyrotechnique des terrains militaires a été récemment à l'origine d'un projet de texte concernant les critères d'aptitude médicale à la réalisation de ces travaux. Ce projet a été proposé au CSPRP début 2005. Une annexe concernant les « critères de détermination de l'aptitude médicale », définissait ainsi une sorte de modèle idéal de salarié, « zéro défaut », offrant toute garantie vis-à-vis du facteur humain d'accident potentiel : intégrité de l'appareil locomoteur, critères satisfaisants de taille et d'indice de masse corporelle, normalité des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires, acuité visuelle de 10 dixièmes de chaque oeil, absence de troubles épileptiques y compris traités, de lithiase urinaire... ( ! ), de diabète, etc.... Bien entendu ces examens devaient être confiés au médecin du travail. Finalement, ce projet n'a pas vu le jour et le texte est sorti avec une annexe très « clean » qui n'apporte rien sauf le classement en SMR des salariés concernés. Le SNPST avait adressé, quelques jours avant sa parution, une lettre de protestation auprès du ministère de l'emploi pour dénoncer une tendance de plus en plus fréquente à placer le médecin du travail dans un rôle de sélection et d'expertise sécuritaire incompatible avec sa mission exclusivement préventive définie dans le code du travail. Cet épisode montre que l'idée de confier aux médecins du travail des missions de sélection et d'expertise sécuritaire est très présente au niveau des ministères.

C'est un sujet que nous risquons de voir resurgir de plus en plus souvent.

# SE DONNER LES MOYENS D'UNE COMMISSION MÉDICO-TECHNIQUE OPÉRATIONNELLE

Par Gilles Arnaud

L'application de la réforme portant sur la médecine du travail et de son décret de juillet 2004 comporte de nombreux axes et si les nouvelles règles de détermination du temps médical sont inopérantes, plaçant les médecins du travail en injonctions paradoxales, d'autres aspects tel que l'instauration d'une commission médico-technique représentent un aspect positif.

**Bilan d'une expérience de terrain (d'en bas?) riche d'enseignement....qui montre, en particulier, que si le cadre réglementaire existe, il appartient aux acteurs de s'emparer de cette possibilité d'avancer en prévention en santé au travail.**

## Une volonté manifeste du « travailler ensemble »

L'association des services de santé au travail de la Vienne (ASSTV), service interentreprises à compétence interprofessionnelle et départementale, a mis en place une commission médico-technique (CMT) en janvier 2005. Les médecins du travail de l'ASSTV ont été la cheville ouvrière de la mise en place et du fonctionnement de leur CMT qui s'est réunie à quatre reprises et a mené plusieurs chantiers dont un est arrivé à son terme début 2006.

Certes la direction administrative n'a pas été l'élément le plus moteur, ce qui explique le délai de 6 mois entre la publication des textes et la mise en place de la CMT. Néanmoins, et sans a priori, les acteurs de terrain se sont retrouvés autour de la table, la direction avec l'envie de venir sur le terrain de la prévention des risques professionnels en tant que partie prenante, les médecins du travail avec la volonté de travailler en groupe, en pluridisciplinarité et en laissant de côté les aspects négatifs de la réforme, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) avec l'esprit de découverte.

La direction a laissé l'animation des réunions aux médecins du travail siégeant à la CMT, chacun représentant son secteur. Il s'est agit pour eux de rendre opérationnel le fonctionnement de la CMT: validation des sujets à traiter dans chaque secteur médical, désignation d'un secrétaire de CMT.

## ...qui s'est rapidement concrétisée

Quatre axes de travail ont très rapidement été mis en œuvre portant sur le matériel, les besoins en compétences, les actions de terrain et les règles de fonctionnement.

◆ L'évaluation des besoins en matériel médical et de métrologie, auparavant étudiée et validée en comité d'entreprise, a été attribuée à la CMT, opérant un véritable transfert de compétences.

◆ Les besoins en compétences organisationnelles et techniques représentent un chantier toujours ouvert. En effet, dans un premier temps, pour faire face à l'application du décret sur la pluridisciplinarité et à la suite de demandes réitérées du comité d'entreprise, de la commission de contrôle et face à l'échéance d'une demande de renouvellement d'agrément, la direction avait décidé de faire appel à une formation en interne de deux assistantes médicales.

Les médecins du travail ont demandé à la direction d'embaucher un IPRP, ergonomiste spécialisé en organisation du travail, en faisant valoir leurs observations de terrain, en particulier au sujet de la souffrance mentale. La mise en visibilité régulière par les rapports annuels d'activité de cette question d'atteinte à la santé au travail a été entendue par la direction qui a validé la demande. Pour les médecins du travail malheureusement habitués aux discours dominants portant sur la responsabilité du salarié dans ses problèmes de santé, la part attribuable à ses problèmes personnels, et au déni des problèmes psycho sociaux, cette décision a été accueillie comme une volonté de travailler «ensemble».

Le chantier n'est pas terminé, car depuis bientôt un an, l'embauche d'un IPRP à compétence en chimie/toxicologie est étudiée en CMT avec une évaluation des besoins afin de ne pas cantonner ce nouvel acteur dans l'unique étude des fiches de données de sécurité.

Afin d'impliquer les acteurs IPRP, les médecins du travail les ont sollicités afin de prendre en charge le secrétariat de la CMT.

◆ Le troisième chantier concerne le choix des actions de terrain. C'est bien d'un commun accord et au vu d'un constat partagé, qu'il a été décidé de mener une action auprès des salariés des très petites entreprises. La direction n'a pas été en reste qui a proposé des axes d'intervention, finalement ciblés sur les peintres en bâtiment, les menuisiers et les salariés du tertiaire (avocats, notaires...).

Une méthode de travail a été validée en groupe: élaboration d'une méthode d'intervention écrite par 3 groupes de travail et testée sur le terrain, envoi des documents à tous les médecins du travail de l'association en vue d'actions en milieu de travail, présentées comme prioritaires pour 2006.

Cependant, pour consolider cet objectif, le valider et le mettre en visibilité (commission de contrôle...) un document d'évaluation des actions de terrain a été proposé pour chaque action en milieu de travail avec retour aux animateurs des 3 groupes de travail pour synthèse.

◆ La construction de règles de fonctionnement en pluridisciplinarité est le chantier, maintenant terminé, qui a été le plus délicat, du fait, en particulier, de ses aspects politiques.

Après réflexions en commun et à partir de ce qui avait été élaboré par la commission régionale de la médecine du travail de la région Poitou Charente, il a été décidé d'élaborer 3 documents: une charte, un modèle de convention et un formulaire de demande d'intervention, devant permettre de faire fonctionner la pluridisciplinarité en se fixant des règles élaborées en commun, connues de tous et donc prises en compte par chacun.

Ces documents, élaborés par la direction, les IPRP et les médecins délégués de secteur, ont été soumis à tous les médecins au cours d'une réunion de médecins du travail consacrée à ce seul sujet qui a permis de mettre à plat le fonctionnement en pluridisciplinarité. Ces documents ont été, in fine, validés en CMT.

Certes, le fonctionnement de cette CMT reste fragile car il repose en partie sur la volonté des acteurs.

Il pourrait y avoir des tentatives de la direction d'exercer une présidence directive, des médecins du travail d'imposer leur point de vue ou des IPRP de se recroqueviller sur leur domaine, mais...

## Quelle inspection du travail ?

Par Marlyne Blavette

*En mars dernier se sont tenus, sur deux journées (les 21 et 22 mars), les états généraux de l'inspection du travail: l'occasion pour les 800 professionnels présents (sur 1 400 inspecteurs et contrôleurs que compte l'inspection du travail) de se mobiliser contre le projet de loi Larcher et de débattre de l'attitude à adopter face à ce qu'ils considèrent comme une déréglementation.*

Inquiets des conséquences que cette loi risque d'entraîner, à savoir une organisation du travail par objectif avec une augmentation du travail administratif, une disparition de l'organisation par secteurs, une spécialisation du métier, une remise en cause de leur indépendance professionnelle et un renforcement de la lutte contre le travail clandestin avec des missions de «chasse aux étrangers» en collaboration avec la police, ils ont votées à l'unanimité plusieurs motions.

Ces motions portent sur un retrait du projet de loi, le renforcement de l'indépendance des inspecteurs, l'unification des trois services d'inspection du Ministère du Travail, des Transports et de l'Agriculture en un seul service d'État, une augmentation rapide des effectifs avec doublement des sections, un renforcement de la politique pénale et des sanctions. La motion votée contre le CPE accusé de créer une nouvelle brèche dans la protection du salarié vis à vis du code du travail n'est plus d'actualité... Les médecins du travail présents ont manifesté leur soutien à une inspection médicale forte ayant les moyens de faire appliquer le code du travail et d'appuyer leurs actions de prévention pour une préservation de la santé de l'homme au travail.

## histoire qui exclut !

*Quand l'aptitude dépend de la qualité des urines...*

Une démarche qualité mettant en œuvre les préceptes du CISME a été instituée dans un service de santé au travail. La Direction ayant estimé qu'une harmonisation des informations données aux adhérents et aux salariés était nécessaire, des groupes de travail ont été mis en place, à sa demande, afin d'élaborer des documents destinés à être mis à la disposition des salariés dans les salles d'attente. Quelle n'a pas été la stupéfaction de notre délégué syndical à la lecture du document expliquant l'intérêt des tests urinaires et précisant que l'analyse d'urines était un examen incontournable pour les postes de sécurité à tel point que la constatation d'une glycosurie devait entraîner une inaptitude temporaire ! Réaction immédiate de notre délégué qui a saisi la Direction du service. Il lui fut répondu que la réclamation devait être faite à l'aide d'une fiche de procédure normalisée, comme s'il s'agissait d'un simple problème technique. Son insistance à démontrer que le document était contraire au Code du Travail et au Code de Déontologie amena la Direction à faire supprimer tout ce paragraphe du document. Quoi qu'il en soit, cette histoire doit nous inciter à la vigilance lors des procédures d'harmonisation des pratiques décidées dans le cadre des démarches qualité...

# REACH ou l'amorce d'une lente révolution pour la santé

Par Vincent Nouzille\*

Si tout le monde a vaguement entendu parler de Reach, le projet de règlement européen sur les substances chimiques, adopté fin 2005, personne ne sait vraiment ce que recouvre ce projet ambitieux. Aussi, n'est-il pas inutile d'en décrire les intentions, les principes, la chronologie et les problèmes qui demeurent en suspens.

Histoire d'un long marathon, loin d'être terminé...

## Une volonté de recensement des risques chimiques



Reach représente, de par sa seule existence, une petite révolution pour la santé des habitants de l'Union européenne. C'est la première fois, en effet, qu'un texte européen prévoit d'organiser un système d'enregistrement et d'évaluation complète des principales substances chimiques existant sur le marché. Jusqu'à présent, la toxicité des produits ou des matières actives était peu ou pas évaluée. On estime ainsi que 100 000 agents chimiques ont été introduits dans notre environnement, depuis 50 ans, par les industriels sans que leurs risques environnementaux ou sanitaires aient été étudiés de près. Seule une infime minorité d'entre eux, à savoir les 5 000 produits mis sur le marché depuis 1981, a fait l'objet d'une évaluation précise. Pour la plupart des autres, c'est l'inconnu, et même l'inconscience, qui ont prévalu. Or, il faut rappeler que les cancers sont en augmentation rapide dans l'Union européenne (+ 63 % en 20 ans en France), notamment ceux des enfants (+ 1 % par an en Europe). D'autres pathologies progressent également, comme les allergies, les maladies neuro-dégénératives, les malformations congénitales, les perturbations endocriniennes. Au-delà des facteurs liés au vieillissement de la population, au meilleur dépistage, aux modes de vie (tabac, alimentation, sédentarisme), la présence de produits chimiques dans notre environnement est probablement une des causes de cette progression. Or la toxicité, à long terme, des produits chimiques est mal connue. Les initiateurs de Reach ont voulu remettre le système «à l'endroit» avec un principe de bon sens: au lieu de soigner les malades 20 ans après, il n'est peut-être pas inutile de tester le caractère nocif des produits a priori et de n'autoriser sur le marché que ceux qui auront fait la preuve de leur innocuité. En 2001, la Commission européenne a donc proposé, dans un Livre blanc, une « stratégie pour la future politique dans le domaine des substances chimiques ». Après de longues tractations, ce dessein a pris la forme, le 29 octobre 2003, d'un projet de règlement Reach, qui doit remplacer près de 40 directives existantes et couvrir des champs nouveaux qui n'étaient pas réglementés.

## Une organisation précise déclinée selon trois volets



Reach pour « Registration, Evaluation, and Authorisation of Chemicals » repose sur trois piliers.

### Un enregistrement obligatoire

Les producteurs devront transmettre à une agence centrale un dossier d'enregistrement pour toutes les substances, anciennes ou nouvelles, produites ou importées à plus de 1 tonne par an en Europe, soit 30 000 substances actives. L'enregistrement est unique, obligatoire et progressif: les substances les plus importantes, dont le volume commercialisé dépasse 1 000 tonnes par an, doivent être enregistrées dans les trois premières années. Le système sera géré par une banque de données sous l'égide d'une agence

européenne basée à Helsinki, (Finlande), qui sera opérationnelle en 2008.

### L'évaluation à la charge de l'industriel

L'évaluation de la toxicité au plan environnemental et sanitaire incombe, non plus aux autorités compétentes, mais aux industriels ou aux importateurs qui déposent les dossiers qui devront apporter la preuve de la toxicité ou de l'innocuité des composants chimiques. L'étude du dossier doit être rapide, en réduisant les essais sur les animaux au minimum, mais l'Agence européenne peut demander une évaluation plus poussée sur certaines substances suspectes de présenter des risques pour l'environnement ou la santé.

Une autorisation sous contrôle



L'autorisation de substances jugées « extrêmement préoccupantes », à savoir les CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques), les polluants organiques persistants (POP), les substances persistantes, bioaccumulables et toxiques (PBT), les substances très persistantes et très bioaccumulables (vPvB) ainsi que des substances « préoccupantes » comme les perturbateurs endocriniens (dérégulateurs des systèmes hormonaux, comme certains éthers de glycol), s'effectuera dans des conditions très strictes et seulement si les risques peuvent être maîtrisés. Si les risques de ces substances ne peuvent être maîtrisés, les produits peuvent être interdits et/ou leur substitution imposée.

### Un long cheminement pavé d'embûches



Le projet Reach a fait l'objet d'après négociations avant d'être présenté par la Commission européenne en octobre 2003. L'industrie chimique européenne (dont le chiffre d'affaires annuel atteint 500 milliards d'euros), première au monde, y a tout de suite vu un futur carcan réglementaire coûteux, qui, du fait notamment de la prise en charge des tests de toxicité, risquait de «l'handicaper».

En France, l'Union des industries chimiques a commandé deux études économiques afin de calculer l'impact possible de Reach. Leurs conclusions ont été alarmistes: la facture de Reach serait, au minimum, de 28 milliards d'euros, soit 1,6% du PIB français, ce qui conduirait à des pertes sévères de compétitivité, à au moins 360 000 suppressions d'emplois, et au final, à des délocalisations massives.

Ces scénarii noirs – exagérément pessimistes, comme d'autres études l'ont démontré – ont été diffusés aux décideurs politiques, à Paris, Bruxelles ou Strasbourg. Fin 2003, Jacques Chirac, président de la république française, le Chancelier allemand Gerhard Schröder et le premier ministre britannique Tony Blair, ont pris leur plume pour convaincre la Commission de revoir sa copie, afin de « sauvegarder la compétitivité de l'industrie européenne ». Des allègements du projet Reach ont été négociés pour des milliers de produits intermédiaires et de substances à faibles tonnages. Des exemptions temporaires ont été obtenues pour les polymères. Selon la Commission européenne, le coût global de l'implantation de Reach pour l'industrie a été réduit. Il ne serait, en réalité, que de 2,8 à 5,2



milliards, avec un impact « très limité » sur le PIB européen. Et les bénéfices sanitaires potentiels sont estimés à 50 milliards d'euros sur 30 ans.

Après de longues campagnes de lobbying et d'intenses tractations politiques, le Parlement européen a adopté, le 17 novembre 2005, en première lecture, ce projet Reach, avec de nouveaux amendements. Les partis conservateurs, libéraux et socialistes se sont mis d'accord sur un compromis, au grand dam des élus écologistes, des organisations non gouvernementales (WWF, Greenpeace, ...) ou des organisations de médecins qui ont dénoncé un texte au rabais. Pour leur part, les gouvernements des 25 ont adopté ce projet de règlement, lors d'un conseil des ministres de l'industrie, le 13 décembre dernier.

## cheminement pavé Des problèmes encore en suspens...



Ces deux premiers feux verts européens – du Parlement et du Conseil des ministres – ne suffisent pas. Le texte doit revenir en deuxième lecture devant l'Assemblée de Strasbourg et devant les gouvernements, avant de pouvoir entrer en application. L'enregistrement des 30 000 substances concernées ne démarrera pas avant 2007 et devrait être seulement achevé en 2018. D'ici là, un système de pré-enregistrement unique simplifié, en 18 mois, sera mis en place. Il concernera notamment les 20 000 produits chimiques commercialisés entre 1 et 10 tonnes par an en Europe. Les industriels, rassurés par ces mesures, pourront même regrouper certains dossiers afin de limiter les contraintes pesant sur eux. Cependant, des désaccords importants demeurent ce jour sur le projet adopté, notamment sur le principe de substitution des produits chimiques les plus dangereux, auquel les industriels ne veulent pas être soumis de manière obligatoire. Ce point doit encore faire l'objet de discussions. Les organisations écologistes espèrent que le Parlement européen inscrira finalement noir sur blanc une « obligation » de substitution, et pas seulement une « incitation » comme le réclament les chimistes.

Par ailleurs, la durée des « autorisations » accordées aux produits chimiques (5 ans) suscite de vives oppositions de la part des industriels. Pour l'Union des industries chimiques « la mise en place d'une autorisation limitée dans le temps (5 ans) fait peser un risque de délocalisation de la recherche appliquée. Les entreprises disposant de centres de recherche et développement hors de l'Union européenne, non soumis aux contraintes de Reach, développeront leurs applications hors de France. ». L'industrie chimique ne désespère pas d'amender encore ce projet, déjà fortement allégé. Ses représentants continuent de s'activer en coulisses, dans les ministères et au Parlement européen, pour obtenir gain de cause.

Petite révolution en matière de santé publique, Reach, on le voit, s'apparente d'abord à un long marathon, qui est loin d'être terminé.



\*Journaliste, auteur du livre « Les Empoisonneurs » (Fayard, octobre 2005) en savoir plus sur le site web <http://les-empoisonneurs.over-blog.org>

# Quels repères pour une clinique médicale du travail ?

Propos recueillis par Anne Florentin

**L**es transformations en cours dans le champ de la santé au travail imposent une réflexion sur l'éclairage spécifique du médecin du travail et son apport à une clinique médicale du travail, ce qui dépasse largement le seul cadre d'un constat médico-administratif. Le point avec Philippe Davezies, auteur avec Annie Deveaux et Christian Torres d'une communication sur ce sujet\*.

## Comment définiriez-vous la clinique médicale du travail ?

Pour comprendre les enjeux du travail en matière de santé, il ne suffit pas de considérer les causes de la pathologie : il faut aussi prendre en compte les réponses que le travailleur déploie face aux sollicitations de son environnement. Si les causes sont, en effet, données, les réponses sont activement produites. Nous devons donc nous doter d'un modèle qui rende compte du travail du point de vue de l'engagement actif du sujet et de ses enjeux de santé, s'écartant ainsi d'une vision essentiellement passive du travailleur. L'exécution d'une tâche ne peut pas être vue comme une simple chaîne d'instructions où la tâche serait définie par la hiérarchie et le but poursuivi par le travailleur.

Si le médecin du travail dans son rapport individualisé au corps et à la pathologie se distingue des autres approches cliniques du travail, ergonomie, psychologie et sociologie du travail, nous différons aussi des autres approches médicales car notre clinique ne vise pas l'individu isolé mais la relation qu'il entretient avec son environnement. Or, cet environnement est le produit d'une construction à la fois individuelle et collective.

La dimension sociale de l'activité de travail désigne donc l'autre pôle de la clinique à savoir le collectif. Ce deuxième versant, permet de situer l'espace de la clinique médicale du travail : à l'articulation de l'individu et du collectif. Une clinique qui se déploie entre corps et collectif afin de rendre compte de l'articulation entre ces deux pôles et des enjeux de santé qu'elle comporte pour le sujet. Une clinique dont la grille de lecture est le travail lui-même.

## Il nous faut donc apprendre à décrypter l'activité de travail ?

Oui, et la théorie de Léontiev, qui considère l'activité comme une structure à trois niveaux, est intéressante. Le niveau le plus évident correspond à la poursuite, dans des conditions données, d'un but qui, par définition, est conscient. Cependant, le but ne suffit pas à comprendre l'engagement dans le travail et ses enjeux. Pour qu'il y ait engagement dans l'activité, il faut que le travailleur espère y trouver la satisfaction d'un besoin. Il existe donc un deuxième niveau qui est celui des motifs ou mobiles : partiellement conscients, ils confèrent à l'activité son sens personnel pour le salarié, sa coloration affective.

Enfin, avec l'expérience, apparaît un troisième niveau : des opérations qui demandaient une mobilisation consciente de l'attention tendent à être exécutées de plus en plus facilement et à devenir automatiques par activation de savoir-faire incorporés qui constituent ainsi un troisième niveau.

Le but du travail est donc son aspect le plus manifeste mais il est pris entre deux niveaux non clairement conscients, celui des motifs et celui des savoir-faire incorporés. A partir de là, on peut penser la dynamique des relations entre ces trois niveaux.

Au départ, les buts et les motifs ne coïncident pas. Les motifs sont tournés vers la satisfaction des besoins personnels alors que les buts supposent de se soumettre à une autorité, ce qui pourrait paraître aliénant.

Les choses n'en restent pas là : l'activité de travail se manifeste comme puissance de transformation où ce qui doit être travaillé mobilise la subjectivité du sujet de telle sorte que de nouveaux mobiles apparaissent qui ne sont plus extérieurs au travail mais concernent directement la façon de l'exécuter. L'activité s'enrichit, le rapport à certaines dimensions du travail s'approfondit, les savoir-faire s'affinent. L'expérience en autorisant le développement de style personnel, permet d'incorporer de nouvelles modalités d'articulation entre moyens, buts et mobiles conduisant à un nouvel enrichissement de l'activité. Et ainsi de suite...

Le travail ouvre ainsi sur un processus de transformation où ce qui était motif de l'activité n'est plus extérieur au travail mais devient résultat de l'activité, ce qui s'avère d'une grande importance en matière de santé.

Si l'entrée dans le travail était motivée par la nécessité de satisfaire des besoins personnels, les mobiles générés par l'activité renvoient à des besoins collectifs. Car il faut intégrer une autre dimension : là où la prescription vise la production d'un bien ou d'un service à valeur marchande, celui qui travaille se sent en fait engagé dans la production d'un monde. Ainsi l'investissement dans le travail vise, au-delà de l'objet, l'articulation avec l'activité d'autrui sur ce même objet.

Le développement de l'activité de travail apparaît donc comme le mouvement dynamique à travers lequel l'individu intègre progressivement le souci de l'activité d'autrui. A travers ce développement, le travailleur a la possibilité d'accéder à l'autonomie et à la responsabilité.

## Ce qui signifie qu'une entrave au travail peut être source de souffrance ?

L'activité oriente dans le sens du développement et de la maturation de la personnalité. Les obstacles au développement de l'activité vont donc renvoyer le salarié à lui-même, à son narcissisme. Mais, l'approche de l'identité ne vaut que comme une photographie à un moment donné et doit être réinscrite dans une dynamique. Le modèle dominant en matière de stress professionnel, le questionnaire de Karasek, constitue de ce point de vue une ressource car il repose bien sur un modèle dynamique du fonctionnement humain qui explore l'autonomie, que les approches cliniques du travail nomment pouvoir d'agir.

Cette puissance d'agir évoque ce que l'ergonomie va pointer comme construction de la compétence : cette capacité du

travailleur chevronné à percevoir des signes que le novice ne perçoit pas. Capacité à anticiper dit l'ergonome, capacité à sentir disent les travailleurs, capacité à être affecté dit Spinoza.

L'amputation du pouvoir d'agir est source d'une souffrance qui va souvent s'exprimer à travers un discours sur la reconnaissance, qui revendique, en fait, un statut de victime. Le discours présente une dette qui, posée en ces termes, ne pourra jamais être acquittée. La revendication de reconnaissance adressée à la direction présente, en effet, les caractéristiques d'une injonction paradoxale. Elle exprime

le ressentiment consécutif à l'amputation du pouvoir d'agir mais si la reconnaissance du préjudice est nécessaire, le statut de victime est très ambigu qui renvoie l'individu à son narcissisme.

Clot affirme avec raison que le travail est opérateur de santé s'il permet de se porter à distance de soi. C'est un paradoxe : poussée au bout, l'individualisation conduit à

l'effondrement de l'individu. A l'inverse, l'affirmation individuelle n'existe qu'enracinée dans des réseaux d'activité, dans un processus où l'émotion occupe une place centrale. Elle signale la perception d'un écart entre certains traits de la situation et le prolongement de nos orientations affectives. La situation devient dangereuse lorsque la pression sociale à nous changer nous-mêmes va dans le sens de la révision de nos orientations éthiques personnelles. Le conflit intérieur constitue alors un risque pour la santé.

En pareil cas, l'alternative à la pathologie consiste à rejouer sur le terrain du langage ce qui n'a pu s'exprimer dans l'activité. Et, sur ce terrain, la fonction du clinicien consiste à aider à clarifier les termes du débat afin d'offrir à l'émotion une issue autre que pathologique. Transformer l'émotion en valeur implique de faire émerger ce qui, dans le mouvement empêché, fait sens.

En situation de crise, la reconnaissance passe nécessairement par ce processus qui permet de rendre intelligibles les orientations et motivations. Il est alors possible de porter la question dans le débat social, de discuter, éventuellement de s'affronter, mais pour quelque chose qui a du sens. Ramener ainsi dans le débat social les conflits que les salariés portent comme des questions personnelles protège contre le sentiment de dévalorisation et contre les pathologies du stress.

La capacité à mettre des mots sur les conflits de l'activité constitue, de ce fait, un enjeu majeur en termes de santé au travail

## En quoi la consultation le permet et développe une analyse du travail ?

Ce travail d'élucidation des conflits, c'est le travail de la consultation. Tout repose sur la mise en récit des événements concrets qui amènent un salarié à la consultation. Bien souvent les salariés font appel au médecin du travail quand ils n'arrivent plus à exprimer leurs points de vue dans le milieu de travail ni même à comprendre ce qui leur arrive. Parce que le médecin est en position d'aider à entendre ce qui s'exprime dans le corps, il peut aider le salarié à démêler les fils de son engagement, le sens de ses émotions, les enjeux de son rapport aux objets du travail et à l'activité d'autrui. Face aux décompensations en milieu de travail, surgit traditionnellement le débat sur la part respective des problèmes personnels et professionnels. Il y a effectivement des cas dans lesquels la psychopathologie personnelle apparaît comme un obstacle au développement de l'activité. Cependant, les situations dans lesquelles la crise trouve son origine exclusivement de ce côté sont extrêmement minoritaires.

La prescription de l'activité n'appartient pas au salarié. Mais nous savons aussi que les gens sont nécessairement confrontés à des aspects de la situation que la consigne n'a pas prévu et qu'il n'est pas possible de trouver un espace de développement dans le travail sans y mettre de soi, sans se l'approprier.

C'est donc en gérant cette contradiction, en rusant, en mobilisant d'autres ressources que les savoirs techniques communs, que le sujet défend et construit sa santé. Mais il n'est jamais à l'abri d'un rappel à l'ordre brutal susceptible de se traduire par une amputation parfois radicale de son activité. La fermeture de l'espace de développement renvoie alors le salarié à ses problématiques personnelles avec une résurgence qui peut revêtir des formes cliniques diverses.

S'il y a une place pour la prise en charge psychothérapeutique, il y a, au premier chef, l'exigence de développer l'élaboration du côté du travail. C'est sur ce versant que le médecin du travail sollicité peut intervenir. La souffrance au travail est souvent exprimée sur le mode du conflit interpersonnel mais l'expérience montre vite les limites d'une telle approche.

En consultation, l'attention aux objets du travail mis en scène par le récit permet pratiquement de dresser la topographie du réseau qui constitue l'identité professionnelle du salarié. Cela constitue une approche très simple de la dimension narrative de l'identité et une première approche de la façon dont les transformations introduites dans l'organisation du travail peuvent constituer une menace ou une amputation de cette identité.

Sur la base d'un tel travail en commun, le retour au collectif pour le salarié et à l'intervention publique pour le médecin prennent une toute autre allure...

\* communication intégrale consultable sur le site du SNPST

### Bio express



Philippe Davezies  
âge : 56 ans  
Médecin, enseignant chercheur en médecine et santé au travail à l'Université Lyon1.

# Le métier de médecin du travail à la lumière des évolutions juridiques ou comment être en règle avec les contradictions

Par Gérard Lucas

Le médecin du travail, tenu réglementairement, contrairement à d'autres professions médicales non réglementées, d'effectuer un certain nombre de tâches dans un temps de travail imparti, est dans l'obligation d'effectuer des choix dans la pratique de son exercice, dans l'attente de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de références de métier.

Autant dire qu'il est obligé de prioriser ses actions (même s'il dépasse les 1 600 h/an d'un exercice à plein temps !), au risque d'être toujours en insuffisance... Comment faire face aux contradictions de cette injonction paradoxale? Le point sur des positions défensives et parfois constructives pour le métier issues d'une lecture juridique particulière, par des Médecins inspecteurs du travail, de la réglementation.

Faire le point sur la réglementation, son impact sur l'activité du médecin du travail et ses éventuelles conséquences judiciaires, tel fut l'objet du débat\* auquel ont été conviés, par la direction Régionale des Pays de la Loire et les médecins inspecteurs du travail (MIRTMO) et leur conseil juridique, les 500 médecins du travail de la région.

## Un recadrage juridique des obligations du médecin du travail

Les intervenants ont rappelé, à juste titre, la spécificité des médecins du travail telle qu'elle est définie dans l'article L 241-2 à savoir «un caractère exclusivement préventif» pour «éviter toute altération de la santé du fait du travail» par «la surveillance des conditions de travail et de la santé des travailleurs». C'est dans le respect de ce domaine d'action que le médecin du travail, qui ne peut pas tout faire, doit établir, parmi ses obligations, ses priorités d'actions tout en informant le salarié de ses choix. Autrement dit, en cas de contentieux, il ne peut être opposé à un médecin du travail une insuffisance qu'en prenant en compte les «priorisations» qu'il a été obligé d'effectuer.

Il a été rappelé que c'est également dans ce champ que le secret médical et l'indépendance du médecin du travail sont légitimes. Si le secret de fabrique, ou secret professionnel, s'impose au médecin du travail comme à tout autre salarié des entreprises qu'il suit, pour éviter une concurrence déloyale, il ne peut lui être opposé pour justifier de limiter son expression quand il s'agit d'exercer sa mission prioritaire de santé au travail. Ainsi, dénoncer par exemple dans un courrier les conditions de travail dans l'entreprise, sans porter atteinte au secret de fabrique lui-même, n'est pas du domaine du respect du secret médical, comme l'a souligné le conseil de l'Ordre saisi de plaintes d'employeurs à ce sujet.

Il a été rappelé également que l'action en milieu de travail, reposant sur « l'identification des risques et des mesures de prévention », devient la première priorité.

Pour cela, le médecin du travail doit participer à l'évaluation des risques, laquelle est cependant sous la responsabilité de l'employeur auquel il n'a pas à se substituer. Le rappel de tous les documents qui doivent être fournis au médecin du travail ou auxquels il a accès est très utile pour économiser de l'énergie et du temps (cf encart ci-contre).

La visite des entreprises et des chantiers est un outil incontournable, reconnu par le droit de même que la participation aux comités d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail, (CHS-CT). Les recommandations de prudence sur la mise en oeuvre des observations et des entretiens avec les acteurs de l'entreprise relèvent du bon sens. Un certain nombre de conclusions ont une formalisation obligatoire: avis sur le nombre et la catégories des salariés et les risques auxquels ils sont exposés, plan d'activité, fiche d'entreprise, conclusions sur les expositions au risque chimique etc... Ces avis sont importants puisqu'ils engagent la responsabilité de l'employeur qui ne les

suivrait pas et peuvent déterminer l'action de l'inspection du travail. L'importance du rapport annuel d'activité, qui devient spécifique pour les établissements de plus de 300 salariés ou lorsque le comité d'entreprise en fait la demande, a été soulignée. Les conclusions non formalisées par la réglementation, en pouvant donner au médecin du travail une marge de manoeuvre d'expression, gagnent à avoir une traçabilité écrite et peuvent être signalées comme partie intégrante de la fiche d'entreprise.

La consultation médico-professionnelle assure le suivi de la santé au travail au plan individuel et collectif. L'entretien, colloque singulier entre le salarié et le médecin du travail qui doit permettre la confrontation entre le réel du travail du salarié et les connaissances du médecin sur les effets du travail, et les examens sont destinés à construire une clinique de la santé au travail.

La fréquence de ces examens, dont un minimum est obligatoire, et leur durée doivent tenir compte du temps disponible compte tenu de l'ensemble des tâches et notamment du tiers temps qui est désormais privilégié. Ces deux impératifs peuvent se révéler contradictoires et impossibles à satisfaire simultanément. La solution sera recherchée en concertation avec les services de santé au travail, mais « en cas de désaccord persistant, c'est au médecin qu'il appartient de décider, compte tenu de sa responsabilité personnelle ».

Le dossier médical, complété à chaque examen, doit être fidèle, durable, indélébile et respecter toutes les règles du secret médical et de la CNIL.

## Qui n'est pas sans soulever quelques questions...

Nous ne pouvons que nous réjouir de voir reconnaître, par cette instance régaliennne de l'activité en santé au travail, l'injonction paradoxale décrétée encore plus nettement depuis 2004. Prenons acte que la reconnaissance de cette injonction paradoxale quasi permanente ne permet plus de décision judiciaire ou disciplinaire pour faute ou insuffisance du médecin du travail sans que soient examinées les priorités relatives de la mission santé travail. Approuvons les références à la clinique médicale de la santé au travail. Tous ces points représentent un appui non sans valeur pour les contentieux déjà en cours ou à venir.

Les contradictions ne sont pas pour autant levées. Les rédacteurs ont décliné sur trois pages les conduites à tenir sur l'aptitude, son sens, sa rédaction, la procédure du prononcé de l'inaptitude, et les avis d'aptitudes spéciaux. Nous restituons à défaut des règles d'usage qui restent délicates à savoir l'idée de ne pas nuire au salarié. Rappelons, en effet, qu'une réserve d'aptitude exprimée clairement lie l'employeur, avec risque d'exclusion d'un salarié considéré comme ayant une inaptitude, alors qu'un souhait ou un conseil n'a pas d'effet impératif, tout en étant écrit...

Ce traitement de l'utilisation des avis, du fait notamment des ambivalences des avis d'aptitude, laisse persister un certain nombre de confusions, en conflit avec notre mission de préservation de la santé au travail.

Si l'indépendance du médecin du travail est reconnue, lui permettant de s'opposer à des directives et à des pressions non fondées au regard de sa mission de santé au travail, il est dommage que le recours à cette forme de résistance et ce positionnement des médecins reste individuel, sans que soient proposés par les services de l'inspection du travail de recours collectifs constructifs de métier par une légitimité des pairs. On peut regretter surtout qu'ils n'aient pas évoqué du tout, la force de propositions et de pertinence que pourraient avoir les Commission médico-techniques si elles n'étaient pas verrouillées et bridées par les directions de service comme elles le sont dans 98% des cas actuellement.

Gageons cependant que des membres de l'inspection du travail et des MIRTMO sont des alliés potentiels pour l'indispensable évolution de notre système de santé au travail.

document original de 21 pages accessible sur le site SNPST

### Documents et informations qui doivent être directement communiqués au médecin du travail

Les fiches de données de sécurité : R 231-53  
Les documents adressés aux membres du CHSCT ou des DP exerçant les attributions du CHSCT : R 236-8  
La liste des postes dangereux soumis à formation renforcée à la sécurité pour les travailleurs temporaires et les CDD : L 231-3-1  
Les résultats de l'évaluation des risques chimiques : R 231-54-4.  
La fiche d'exposition individuelle des agents exposés aux agents chimiques dangereux : R 231-54-15. L'information des absences pour maladie supérieures à dix jours des salariés exposés à des agents chimiques dangereux : R 231-54-16  
L'information sur les situations d'exposition anormales aux CMR : R 231-56-10.  
La fiche d'exposition au risque CMR : R 231-56-10  
La liste des salariés exposés aux agents biologiques des groupes 3 et 4 : R 231-63 -2.  
Les éléments de l'évaluation du risque biologique : R 231-63-3.  
L'information des décès ainsi que des absences maladie dont la durée est supérieure à un seuil défini par arrêté des salariés exposés au risque biologique : R 231-65-3.  
La fiche d'exposition des salariés aux rayonnements ionisants : R 231-92.  
Les résultats du suivi dosimétrique et des doses efficaces reçues : R 231-93.  
L'information du risque de dépassement des valeurs limites : R 231-94  
Les éléments et résultats de l'évaluation du risque d'exposition aux poussières d'amiante ( Article 2 du décret du 7 février 1996).  
La notice d'information du risque amiante pour les salariés exposés ( Article 3 du même décret). Le plan de démolition, de retrait ou de confinement de matériaux amiantés ( article 23 du même décret)

### Documents de sécurité de l'entreprise auxquels le médecin a un droit d'accès sur demande

Le document unique : R 230-1  
Les attestations, consignes et rapports relatifs aux vérifications et contrôles obligatoires : L 620-6  
Les informations sur les conditions d'intervention des entreprises extérieures (R 237-4) et le plan de prévention des entreprises extérieures lorsqu'il est obligatoire ( R 237-17)  
Dans le BTP : le plan général de coordination (R 238-24) et le Plan Particulier de Sécurité et de Protection de la Santé (R238-33)  
Les observations et mises en demeure en matières de santé sécurité du travail notifiées à l'employeur par l'inspecteur du travail : L 620-6  
Les éléments ayant servi à l'appréciation de l'exposition au risque CMR : R 231-56-1. Les résultats des mesures de concentration des agents CMR : R 231-56-4-1.

# Et si on apprenait à travailler ensemble ?

Par M.C Limame

Dans un rapport\* rédigé en 2003, à la demande du Ministère de la santé, le Professeur Berland a élaboré des propositions en matière de délégation de tâches et de transfert de compétences afin de résoudre les problèmes de démographie médicale, tout en préservant la qualité des soins. Après avoir analysé les coopérations existantes ou à créer, il a envisagé l'évaluation, dans un deuxième temps, des expérimentations proposées. Encore faudra-t-il veiller à l'adéquation entre formation et exercice professionnel.

## Un certain nombre de pays a déjà innové...

La délégation d'actes médicaux au personnel paramédical est déjà pratiquée et reconnue dans le monde avec des infirmières qui ont développé des compétences dans 3 domaines, qu'il s'agisse de la promotion de la santé (bilan de santé, éducation des patients, dépistage, conseil), de la consultation infirmière dédiée à la prise en charge de maladies chroniques ou encore de la consultation infirmière de première ligne (bilan réalisé par des infirmières et traitement de problèmes de santé mineurs, information aux patients, consultations téléphoniques avec un logiciel d'aide au diagnostic). L'IDE gère ainsi de 73 à 95% des consultations de manière autonome, sans recours à un médecin.

C'est ainsi que l'Université de Montréal propose deux filières pour la maîtrise en sciences infirmières : infirmière clinicienne (spécialiste en éducation, conseil et expertise en soins infirmiers) et infirmière praticienne (formée aux soins spécialisés). Aux Etats-Unis, des infirmières spécialisées pratiquent les endoscopies ou assurent le suivi de patients dialysés en néphrologie. En Australie, les IDE ont l'autorisation de prescrire un certain nombre de médicaments, a fortiori dans les régions isolées, où des programmes pilotes expérimentent et définissent le degré d'autonomie et la marge de manœuvre des infirmières. En Nouvelle Zélande, l'IDE prescrit et interprète des tests diagnostics et pose des diagnostics différentiels, après une formation de maîtrise. Tandis qu'au Royaume Uni, un programme de formation des infirmières praticiennes accroît leur facilité à prescrire. Les IDE praticiennes et cliniciennes effectuent des actes médicaux encadrés par des protocoles.

## Tandis que la France piétine...

Les initiatives françaises sont rares : des habitudes de pratiques existent, mais sans aboutir à une formalisation: « La légitimité de ce transfert est venue de la compétence que ces acteurs ont acquise, néanmoins ils n'en ont pas obtenu la reconnaissance. » comme le souligne le Pr Berland.

Ainsi, le fonctionnement des secteurs de psychiatrie, des centres médico-psychologiques, de Protection Maternelle et Infantile s'articule autour d'équipes médicalisées.

En milieu hospitalier, des pratiques émergent, portant

essentiellement sur le conseil aux patients atteints de pathologies chroniques: prise en charge du diabète, éducation de l'asthmatique, du dialysé, du porteur de colostomie, information à la transplantation d'organes. Mais ces pratiques ne sont pas évaluées sans compter qu'aucune formation spécifique n'est apportée aux infirmiers, recrutés sur la base du volontariat et non pas sur un niveau de formation adaptée.

Au CHU de Rouen, la pratique et l'interprétation de l'échocardiographie sont réalisées par un non médecin après avoir suivi un apprentissage technique et une formation théorique. En gastro-entérologie, ce sont les infirmières qui réalisent, en ambulatoire, les examens d'exploration fonctionnelle digestive.

## Imposant de définir un cadre...

A propos du décalage entre la formation des médecins (bac+10) et celle des infirmières (bac+2), le Pr Berland note qu'il est possible « d'identifier quelques transferts nécessaires ou souhaités, de les mettre en perspective selon des principes et règles bien définis, de les expérimenter en les évaluant avant de les valider, de prévoir la mise en place des formations nécessaires. »

Deux situations se présentent: ou bien l'activité médicale spécialisée peut s'appuyer sur des partenaires existants, ou bien le partage de compétences nécessite de construire un métier et donc une formation adaptée. C'est le cas des spécialités à forte valence médico-technique et de celles impliquées dans le suivi de pathologies chroniques.

Quelques principes prévalent cependant avant d'envisager un transfert de connaissances à savoir une formation adaptée des infirmières qui pourrait s'inscrire dans le cadre du diplôme professionnel Licence Mastère Doctorat, rattaché aux Facultés de Médecine, et un cadre à la relation entre le médecin et les acteurs paramédicaux. La délégation de tâches s'appuierait sur une étroite collaboration hiérarchisée : le médecin qui transfère l'activité médico-technique garderait la responsabilité de la prescription et des actes.

Il sera également nécessaire de définir le champ de compétence des acteurs paramédicaux : plutôt que de lister des actes, mieux vaudrait décrire les contours des métiers et donner aux acteurs les moyens d'exercer leur profession.

Quant à la formation continue, il faudrait en exiger l'obligation pour tous les métiers médicaux et paramédicaux. Cette démarche de transfert de tâches valorise en effet l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte médico-technique pur.

De nouveaux métiers seraient donc à créer dont celui d'infirmières cliniciennes spécialistes, formées après le Diplôme d'Etat à un Mastère décliné selon 3 options : gestion, pour former des cadres de santé, formation pour préparer à l'enseignement, et enfin soins, débouchant sur le titre d'infirmières cliniciennes spécialistes en néphrologie, chirurgie, cardiologie, ... et pourquoi pas en santé au travail ?

Le transfert de compétences reste à formaliser, comme le souligne le Pr Berland « La liste exacte des actes ou activités délégués et les conditions du transfert de compétences seront établis par les médecins, en concertation avec les paramédicaux et feront l'objet de la rédaction de protocoles précis. »

L'évaluation des expérimentations en cours devrait permettre leur éventuelle pérennisation. Il en est ainsi, par exemple, dans la région Poitou-Charentes, où est réalisée en médecine générale une étude expérimentale de délégation de tâches médicales à un professionnel non médical, placé sous la responsabilité du médecin : conseil, éducation, évaluation des risques, réalisation de tests, prévention individualisée auprès de patients ainsi que gestion de l'information. « La délégation d'activité permettrait de réaliser ce qui n'est pas toujours bien fait, qui prend du temps et qui est standardisable » précise le Pr Berland, ce qui pourrait concerner les enquêtes alimentaires, la gestion de l'information relative à la prévention, des conseils multiples, la coordination et le suivi des patients.

## Alors pourquoi pas en santé au travail ?

Afin de pouvoir transcrire en en santé au travail ces perspectives innovantes, le SNPST a mis en place un groupe de travail sur l'équipe médicalisée. Il s'agit, entre autres, de réfléchir au transfert de tâches entre médecin du travail, infirmière de santé au travail et secrétaire assistante.

A suivre, donc....

\* «Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences », disponible sur [www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport\\_complet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland/rapport_complet.pdf)

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

## Contre objectif... du Plan Santé Travail !

Par Gérard Lucas

Parvenir à une diminution de 20% du nombre de déclarations de Maladie Professionnelle (MP) de troubles musculo-squelettiques (TMS), tel est l'objectif affiché du plan santé travail. A notre humble avis, l'objectif ne serait-il pas plutôt d'en diminuer la prévalence?

Sachant que 9 TMS sur 10 ne sont pas déclarés (rapport de l'INVS) alors que leur reconnaissance est facteur de prévention, il ne nous eu pas semblé absurde qu'une baisse de la prévalence des TMS de 20%, par exemple, s'accompagne d'un meilleur taux de déclaration des MP.

A moins que l'objectif réel serait de diminuer de 92% les TMS eux mêmes (90% des non déclarés + 20% des 10% déclarés). Quelle ambition louable de santé au travail!

Alors, cet objectif du PST, un gag, une coquille, un déni? Ou une incompétence des rédacteurs car d'après des sources (mal) autorisées, la rédaction aurait été sous traitée...

On aimerait une confirmation par les rédacteurs du PST.....

En attendant un rectificatif peu probable, il semble plus éthique d'identifier tous les TMS... et de les déclarer !

## Congrès de Lyon, 30-31 mai 2006 Le SNPST communique

L'enquête sur l'application de la réforme des services de santé au travail fera l'objet d'un poster.

Le groupe de travail « équipes médicalisées » présentera dans l'atelier Clinique Médicale du Travail une communication intitulée « Approche Médicalisée Coopérative en Santé au Travail » qui traite du pourquoi et du comment développer l'approche médicalisée utile en santé au travail. Le même groupe présentera une communication (poster) dans les sessions infirmier(e)s et assistant(e)s de SST.

## Pénurie de médecins : dans toutes les spécialités, on s'organise !

La médecine du travail n'est évidemment pas la seule à être confrontée à la pénurie de médecins.

Premier à y être confronté, le secteur psychiatrique a dû s'adapter en associant le personnel compétent qui entoure le psychiatre, à savoir l'infirmier et le psychologue.

Le fonctionnement des secteurs, des centres médico-psychologiques s'articule ainsi autour d'une équipe médicalisée où les infirmiers, préalablement formés, assurent, la plupart du temps, la première consultation du malade et jugent de l'urgence avant d'orienter vers le psychiatre ou le psychologue.

Dans un second temps, c'est parfois l'infirmier psychiatrique qui assure la prise en charge du patient, en concertation avec le psychiatre ou le psychologue, ce qui est particulièrement vrai dans le domaine de l'enfance ou de l'adolescence où le suivi, pour être efficace, suppose parfois plusieurs consultations par semaine.

Une prise en charge par des psychiatres serait irréaliste, sans compter qu'elle n'est pas forcément souhaitable! On peut également parler des équipes de protection maternelle et infantile où les puéricultrices assurent un suivi et un dépistage efficace, parfois irremplaçable dans certains quartiers: chacun a su trouver sa place et le partage des tâches s'est fait en fonction des compétences, des plus values de chacun. A quoi servirait de faire faire des actes par le médecin quand ils peuvent l'être aussi bien par la puéricultrice ?

Les exemples sont nombreux, que ce soit dans le domaine carcéral, où l'infirmière a certains droits de prescription délégués par le médecin, en endocrinologie-nutrition, où les infirmières nutritionnistes assurent la formation pratique et théorique des malades.

La santé au travail saura-t-elle s'en inspirer pour gérer la pénurie qui s'installe dans certaines régions ? Pourquoi ne pas profiter de cette situation pour élaborer une stratégie dynamique au sein d'une équipe médicale où chacun pourra trouver sa place et son épanouissement dans l'intérêt de la santé des salariés...!

Pour attirer et fidéliser des médecins dans des zones aujourd'hui déficitaires, l'ONDPS propose un certain nombre de mesures qui sont, en matière de formation, d'augmenter le numerus clausus de façon progressive et raisonnée et de régionaliser l'internat classifiant avec des filières réduites de 11 à 5.

Ces cinq filières sont: une filière médecine avec spécialités médicales, gynécologie médicale, santé publique, médecine du travail, anesthésie réanimation, une filière chirurgie, une filière psychiatrie, une filière biologie médicale et recherche biomédicale, une filière médecine générale.

Pour l'installation, des mesures incitatives sont préférées, mais celles qui existent déjà sont disparates, illisibles et méconnues. L'aide à l'installation et à son maintien pourrait reposer sur des mesures fiscales ou sur des subventions regroupées.

En ce qui concerne les conditions d'exercice, l'ONDPS propose de faciliter l'exercice en équipe, le salariat, les remplacements et les exercices à temps partiels avec les hôpitaux non universitaires. Il propose aussi d'«universitariser» les pratiques de terrain.

### De nouvelles formes de pratiques médicales collaboratives

L'ONDPS semble beaucoup croire à de nouvelles pratiques qui permettraient d'alléger le travail des médecins et d'améliorer l'offre de soins. Il préconise (art D766-1) de développer des réseaux de santé selon des objectifs par zone avec des évaluations et des protocoles devant permettre des collaborations et une plus value en matière de qualité de soins.

La télémédecine est citée pour faciliter l'accès aux soins et valoriser le partage à distance des prises en charge et des connaissances entre les médecins ambulatoires et les spécialistes hospitaliers, de manière bilatérale.

Le transfert des tâches et des compétences entre professions, dont les exemples les plus souvent cités concernent la délégation de tâche aux infirmier(e)s par les médecins, est recommandé. Cinq expérimentations sont avancées, dix autres débutent (dont aucune en médecine du travail...).

### Mais pas de réponse encore pour la santé au travail

La question qui se pose pour la santé au travail est celle de la réalité des besoins en médecins du travail et autres professionnels de santé au travail pour les années 2010 et suivantes. Cette question échappe à l'ONDPS qui n'y répond pas. La seule réponse actuellement est celle de la Direction des Relations du Travail, par le décret de 2004, réponse transitoire comptable et insuffisante.

C'est donc aux professionnels de santé au travail qu'il appartient de contribuer à redéfinir sérieusement quelles sont les activités médicalisées qui sont à maintenir et à promouvoir pour que

les missions de mise en lumière et de préservation de la santé des salariés du fait de leur travail soient remplies dans des conditions satisfaisantes.

Le SNPST, comme bon nombre de médecins du travail, est convaincu depuis longtemps que réduire l'objet des visites médicales à l'avis d'aptitude est contre productif en santé au travail.

La reconnaissance de la clinique médicale du travail et de l'accompagnement des salariés, des collectifs de travail et des entreprises sont des tâches importantes dont l'impact est trop limité aujourd'hui, empêchant toute émulation, du fait des contraintes réglementaires et des conditions de gestion des services de santé au travail.

Parmi les réseaux de santé évoqués par l'ONDPS, on peut imaginer des réseaux de santé au travail au sein desquels les médecins du travail auraient évidemment un rôle central, mais en collaboration médicale avec des paramédicaux et des médecins de soins. Comment adapter le fonctionnement des services de santé au travail, actuellement inadaptés, avec de vrais réseaux de santé au travail? Voilà une question à laquelle il faudrait s'empresser de répondre pour que la pénurie qui guette n'impose le démantèlement des actions en santé au travail.

**Le Professeur Yvon Berland** est l'animateur et le rédacteur des derniers rapports sur la démographie médicale en France.

« C'est une difficulté particulière pour l'ONDPS d'analyser l'état et les besoins en professionnels de santé au travail du simple fait que les services de santé au travail sont sous la tutelle du ministère du travail et non de la santé ».

« Le transfert des tâches et des compétences est certainement réalisable en médecine du travail si on voit ce qui peut être fait en psychiatrie, en endoscopie, en endocrinologie ou dans d'autres préventions... Il faut que les médecins soient convaincus de la qualité d'actions de santé que le transfert permet et s'engagent dans des projets et des expérimentations ».

« Il sera très important de définir les champs d'application et de délégation pour éviter les dérives. »

« La Haute Autorité de Santé, par l'Evaluation des Pratiques Professionnelles va s'emparer du dossier des transferts de compétence ».

## >> 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 7eme 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° 21

AVRIL 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 : P. Bouet, J.M. Sterdyniak, V. Nouzille, P. Davezies

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 .....

### 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 .....

**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)