

Sommaire	
Actualité du syndicat... p.2	Entretien..... p.5
• Mort annoncée du NIWL	• Questions du JST à un champion
• Contentieux : la faute inexcusable	
	Chantier..... p.6
Terrain..... p.3	• Qu'est-ce que le rôle propre infirmier ?
• Paroles d'IST	Euréka..... p.7
• Les IST en quête de reconnaissance professionnelle	• Aide à domicile : des métiers peu ménagés
Institutions..... p.4	
• La fin de la précarité à la fonction publique d'état	
Comment s'abonner	p. 8

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 25

JANVIER/FÉVRIER 2007

Les tensions et les orientations du système français de santé au travail

Synthèse de l'intervention de Philippe Davezies au congrès du SNPST

Après avoir fonctionné pendant plusieurs décennies sur un régime relativement stable, le système français de santé au travail est le théâtre de très importantes transformations. Il est intéressant de tenter de comprendre comment s'est structurée l'approche française des questions de santé au travail afin de situer l'importance des transformations en cours.



Ph. DAVEZIES au congrès du SNPST le 18 novembre

LES ORIGINES DU DISPOSITIF :

Auparavant, pour obtenir réparation, la victime devait démontrer que le préjudice subi résultait d'une faute de l'employeur. Avec la loi du 9 avril 1898 l'employeur voit sa responsabilité automatiquement engagée mais il s'agit d'une responsabilité sans-faute, facilitant l'indemnisation au prix d'une dilution de la responsabilité et d'une banalisation du risque. Il faudra attendre trois quart de siècles pour que

serieusement les exigences en termes de prévention. L'aspect le plus singulier du système français de santé au travail reste la place majeure qu'y tiennent les médecins.

La santé par le tri des populations :

Dès le milieu du XIX^{ème} siècle, le mythe de la dégénérescence va marquer la pensée des médecins et des biologistes, et dans la première moitié du XX^{ème} siècle, celle-ci mêle étroitement hygiénisme, eugénisme et patriotisme. La première guerre mondiale va constituer pour Mazel et Leclercq une expérience déterminante. L'organisation

scientifique du travail permet de faire travailler des populations « de moindre valeur sociale », comme celle des femmes, à condition que la rationalisation industrielle soit complétée par une rationalisation biologique que le médecin est seul en mesure d'apporter. Les outils nécessaires à « l'orientation biologique de la main-d'œuvre » vont être formalisés au sein de la Fondation d'Alexis Carrel, créée en 1941. A la libération, la médecine du travail va être généralisée. Sous l'impulsion du professeur Désoille, le médecin du travail se voit assigner la mission d'« éviter toute atteinte à la santé du fait du travail ». Mais rapidement, cette volonté se heurte à la résistance des employeurs, au désintérêt de l'état et au scepticisme des syndicats. En 1948, Désoille donne sa démission. Le principal outil dont sont dotés les médecins reste le certificat d'aptitude.

Après guerre, la médecine du travail va ignorer les évolutions des conceptions de la santé au travail : de l'adaptation de l'homme au travail à l'adaptation du travail à l'homme. Les théories qui avaient justifié, avant guerre, l'orientation du dispositif sont refoulées, seuls demeurent les outils et dispositifs.

Jusqu'à la fin des années 70, la médecine du travail va être enseignée comme « orientation biologique de la main-d'œuvre ».

La condition sociale plutôt que les nuisances professionnelles :

Les conceptions du corps médical français comportent également une réticence à envisager que les risques professionnels puissent constituer un enjeu de santé, point de vue déjà formulé par Villerme pour qui les atteintes à la santé des ouvriers sont dues avant tout à la condition de l'ouvrier et à son hygiène de vie. En 1996, un rapport de l'Académie de Médecine exprime : « *Le tabagisme demeure la cause essentielle, sinon exclusive, de cancer du poumon d'origine exogène, même chez les professionnels actuels de l'amiante, et les responsables de Santé publique ne doivent pas se tromper de cible dans leurs recommandations* » (Fournier, 1996).

Par ailleurs, avec la mise en place de l'indemnisation, va naître une conception de l'aptitude justifiée par le souci de préserver l'employeur contre le risque de devoir indemniser une pathologie d'une origine autre que professionnelle.

Très rapidement, le principe d'un contrôle médical avant exposition aux toxiques professionnels est introduit dans la réglementation. Tous ces éléments : théorie du risque professionnel dans le domaine de la réparation, volonté de contribuer à l'organisation sociale par l'orientation biologique de la main d'œuvre, réticence des médecins à mettre l'accent sur les risques du travail, focalisation sur les comportements et les caractéristiques des individus, ont contribué à façonner un système de santé au travail très particulier qui va pourtant être remis en question.

LE CHANGEMENT DE RÉGIME

La nécessité d'une réorientation avait commencé à s'affirmer à partir des années 70 mais le mouvement va s'accroître dans les années 90, sous l'effet conjugué de deux types de pressions. En

>> Editorial

Nous sommes, c'est une banalité de le dire, dans une période de grande transformation du paysage santé au travail en France. L'analyse historique nous montre que les racines de cette discipline sont marquées du fer de la sélection biologique d'une part et de la médecine légale d'autre part.

Cette spécificité, bien française semble-t-il, conduit à une profonde réflexion et donc à un profond changement des pratiques des métiers de santé au travail : approfondissement de la clinique, mise en cause de l'aptitude, pluridisciplinarité, équipes médicalisées sont des réponses pour mieux éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait du travail.

Certes le contexte est à la responsabilisation des employeurs sur les risques encourus dans les entreprises, mais aussi à l'accumulation d'injonctions quantitatives, de pénurie de moyens, de surcharge en effectifs et de confusion des missions (aptitude sécuritaire par exemple).

Ces sujets sont abordés dans ce numéro du JST. Ils mènent aussi à une réflexion globale sur notre indépendance et par conséquent à la nécessité d'enlever la gestion des services de santé au travail aux employeurs.

Patrick BOUET

interne, la bataille engagée par les associations de victimes de l'amiante ébranle l'ensemble de l'édifice. A l'extérieur, c'est l'harmonisation européenne qui impose à la France une mise à niveau de son dispositif de santé au travail et va pousser à la mobilisation en vue de la maîtrise des risques professionnels. Cette mobilisation concerne l'état, les services de santé au travail, les employeurs et les salariés.

La mobilisation de l'état :

Dans l'affaire de l'amiante, le 3 mars 2004, le Conseil d'Etat a reconnu sa responsabilité du fait de sa carence fautive à prendre les mesures de prévention nécessaires. Il est aussi apparu que le poids du patronat dans les conseils d'administration de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) et des Caisses Régionales d'Assurance-Maladie réduisait le champ et les possibilités d'actions de ces institutions sur les risques professionnels. Ces éléments

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

Changements au sein de l'équipe rédactionnelle :

Le JST doit beaucoup à deux personnalités du syndicat que sont Anne Florentin et Gérard Lucas. Ils ont permis, par un travail remarquable, de maintenir une équipe de travail permettant d'assurer la parution de ce journal reposant uniquement sur des bénévoles par ailleurs déjà bien occupés.

Leurs obligations les ont conduits à abandonner leurs responsabilités au sein de notre journal, tout en continuant à y participer de façon probablement moins régulière.

Je tiens à les remercier vivement au nom de toute l'équipe dont Marie-Christine Limame assure à présent la rédaction en chef.

Mireille Chevalier

>>Actualités syndicales>>

Mort annoncée de l'Institut National de Recherche sur la vie au travail en Suède

par Peter Westerholm

En octobre 2006 la décision de supprimer l'Institut de Recherche sur la vie au travail, le Sd NIWL (National Institut for Working Life) a été prise par le gouvernement conservateur arrivé au pouvoir en septembre et ce sous des prétextes budgétaires. La fermeture est programmée pour juillet 2007. Cette décision a soulevé l'indignation des chercheurs, en Suède et dans le monde, compte-tenu de la qualité des études qui y sont menées.

Il s'agit d'une « élimination » avec suppression des établissements de Ostersund, Norrköping, Göteborg et Malmö, Stockholm, Umeå, et mise en disponibilité de la totalité du personnel (dont 400 chercheurs, des assistants, des administratifs...). L'économie budgétaire réalisée est de 40 millions d'euros. Le parlement suédois a adopté cette mesure juste avant les vacances de fin d'année. On peut considérer ce vote comme une « exécution » car les motifs et les objectifs de ce choix drastique ne sont pas mis en évidence.

Ehistoire du NIWL :

Créé en 1950, l'organisme a été placé sous la tutelle du Ministère de l'Emploi échappant ainsi totalement à la tutelle du Ministère de l'Education Nationale ou des Universités. Ses missions, très étendues, concernent outre la recherche appliquée, la formation et l'information sur le thème de la vie au travail réparties dans plusieurs domaines d'activité. Les Universités étant chargées de leur côté de la recherche fondamentale. Ces missions ont évolué en se diversifiant dans les domaines médicaux du travail, l'ergonomie, les interactions entre les organisations du travail et le bien être au travail. C'est ainsi que le NIWL d'Ostersund a choisi le maintien dans l'emploi et l'adaptation des postes aux travailleurs handicapés, ainsi que les conduites addictives en milieu de travail. Tandis que le NIWL de Norrköping a été chargé des questions d'intégration de la main d'œuvre migrante du point de vue notamment des spécificités culturelles. Quant au NIWL de Malmö, il s'est spécialisé dans les domaines de la lutte contre les discriminations au travail sur les indicateurs d'âge, de sexe, de handicap et les critères conduisant à l'exclusion du monde du travail ainsi que les retraites prématurées de travailleurs qualifiés vieillissant pris en charge par le système de prévoyance. Le NIWL de Göteborg a été chargé des problèmes d'ergonomie industrielle et des services s'occupant des aspects médicaux au travail.

Les effets de cette fermeture :

Les conséquences de la dissolution du NIWL sont très inquiétantes. Une publication récente estime la participation de cet institut à plus de 25% des compétences du pays en matière de recherche sur la vie au travail. Les répercussions de la fermeture seront considérables, avec une forte diminution de la capacité de recherche dans les domaines de l'ergonomie, des facteurs psychosociaux, des troubles musculo-squelettiques, des risques chimiques y compris environnementaux. Des effets plus spécifiques sont à craindre dans 5 domaines :

- 40 étudiants sont actuellement en formation dans le cadre d'un doctorat.
- Le NIWL est engagé dans des programmes de recherche internationaux sur des financements européens. La poursuite de ces recherches ne sera plus possible du côté Suédois.
- Les projets et enquêtes de terrain, déjà engagés sur des questions touchant à la vie au travail seront pour la plupart interrompus avant leur terme privant ainsi les acteurs de la prévention de données précieuses.
- Le NIWL est aussi chargé de l'organisation de la formation continue post universitaire des médecins du travail, des infirmières en santé travail, des psychothérapeutes, des ergonomes, des psychologues du travail et des ingénieurs de sécurité. Toutes ces formations devront être interrompues ou, si cela est possible, assurées en urgence par d'autres structures.
- Enfin la bibliothèque et le centre de documentation du NIWL sont connus et reconnus comme pôles d'excellence dans le domaine de la vie au travail notamment grâce à la qualité de ses prestations, la compétence de son personnel et l'étendue de son réseau international. Ce fond documentaire considérable est en attente d'une nouvelle affectation.

Le contexte de cette décision :

Nous ignorons les motifs de la décision de supprimer à la hâte le NIWL. Cette dissolution est présentée par le pouvoir politique comme s'intégrant dans une politique de restriction budgétaire. Le gouvernement a déclaré que les recherches menées par le NIWL étaient idéologiquement orientées et préfère que la recherche fondamentale et la recherche appliquée soient regroupées au sein des universités. Les organismes de recherche spécialisés comme le NIWL sont à éliminer. On semble privilégier la recherche universitaire aux dépens des instituts spécialisés comme le NIWL. Les décisions de cette nature sont prises sans

tenir compte des conséquences et on s'inquiète de l'absence de rationalité. C'est incroyable. Le précédent gouvernement social démocrate avait en 2005, avant sa défaite électorale de septembre 2006, pris des mesures pour évaluer la qualité scientifique du NIWL ainsi que la valeur des recherches réalisées par cet institut. Or une des premières mesures prises par le nouveau gouvernement composé de quatre partis de droite a été de retirer les ordres de mission confiés à l'organisme d'évaluation bloquant la publication de son rapport, créant ainsi une situation où la décision de supprimer l'institut a pu être prise dans la plus grande opacité. Des informations recueillies en dehors des circuits officiels montrent que les résultats de cette évaluation auraient situé le niveau général des publications de l'Institut dans la moyenne de ceux des universités suédoises et que plus particulièrement dans le domaine santé travail, le niveau était supérieur et souvent excellent au niveau international. Néanmoins pour être objectif, il faut signaler que dans cette étude, il y aurait eu quelques critiques concernant la pertinence des choix des sujets d'études. L'occultation des résultats de l'évaluation est tout à fait incompréhensible, sauf si on retient l'hypothèse qu'ils étaient bons. Il était alors logique de ne pas les publier rendant ainsi impossible toute discussion sur la qualité des travaux de l'Institut. Y aurait-il des intentions secrètes du gouvernement ? Devant l'absence d'explications crédibles, la liquidation d'un Institut reconnu et renommé, en refusant le débat et en occultant les données d'évaluation, ressemble fort à une opération politique menée dans l'opacité et destinée à supprimer une organisation devenue trop efficace et surtout trop critique.

Les élus, s'ils ont le droit à l'erreur, ont également des devoirs, notamment celui de rendre des comptes. Il appartient aux citoyens de juger de leur action et d'exprimer leur choix par le vote. Les professionnels de la santé et du bien-être au travail déplorent la suppression d'un institut multidisciplinaire très compétent dans le domaine de la vie au travail. Bien sûr, les compétences des cadres professionnels et des chercheurs qualifiés de cet institut vont perdurer. Plusieurs d'entre eux vont muter vers d'autres organismes. Pour défendre et diffuser les valeurs du NIWL et pour poursuivre les recherches. Mais aussi et surtout pour participer au débat de société sur les sujets importants, qu'ils maîtrisent en tant qu'experts, comme la vie au travail. Le silence, en ce qui concerne les enjeux et défis de la vie au travail, n'est certainement pas souhaitable. Il risque de donner un faux sentiment d'équilibre, de sécurité et de stabilité. De surcroît, le déni implique le risque de sous-estimer, voire de négliger, les nécessités de progrès et de développement des conditions de travail, alors que cette problématique est d'importance fondamentale pour notre qualité de vie et pour notre bien-être à tous.

Pour en savoir plus, le site du NIWL, en anglais et en suédois : <http://www.arbetslivsinstitutet.se>

Mini-biographie de l'auteur :



Médecin, chirurgien, anesthésiste et épidémiologiste, P. WESTERHOLM a été directeur médical adjoint de l'agence nationale de santé et sécurité au travail, puis enseignant universitaire en santé environnementale à l'Université d'Umeå. Il a aussi été conseiller médical auprès de la confédération des syndicats suédois avant d'exercer en épidémiologie à l'institut de l'environnement du travail. Retraité depuis 2000, il est professeur émérite à l'Institut de recherche sur la vie au travail.

Contentieux



La faute inexcusable : mise au point

Par Aïman Madmouj — F.N.A.T.H. — Groupement de la Vienne

Depuis les arrêts du 28 février 2002 relatifs aux procès « Amiante » de plusieurs salariés victimes de maladie professionnelle, la Cour de Cassation, a, pour la première fois de son histoire, opéré un revirement en révisant sa position initiale dans la définition de la faute inexcusable en adoptant la formule suivante : « Attendu qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles ou les accidents du travail ; que le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ».

Les critères de la faute inexcusable :

Force est de constater que la Cour de cassation simplifie considérablement les critères de définition de la faute inexcusable de l'employeur et n'exige désormais que deux conditions suivantes qui doivent être remplies :

- **La conscience du danger qu'avait ou qu'aurait dû avoir l'employeur.**
- **L'absence de mesures nécessaires prises par l'employeur pour préserver le salarié de ce danger.**

En effet, il résulte de cette position de principe que l'employeur se trouve désormais tenu à une obligation de sécurité de résultat de nature contractuelle puisque l'arrêt de principe de la Cour de Cassation vise expressément l'article 1147 du Code civil et l'article L. 230-2 du Code du Travail relatif aux principes généraux et fondamentaux du droit de l'hygiène et de la sécurité. L'employeur ne pourra s'exonérer de l'emprise et des effets de cette obligation de sécurité de résultat qu'en justifiant, selon les dispositions de l'article 1147 du code civil, de l'existence « d'une cause étrangère qui ne peut lui être imputée ».

Par voie de conséquence, l'obligation de sécurité de résultat pèse dorénavant sur tout employeur et aura le caractère de la faute inexcusable dès lors qu'il a ou devait avoir conscience d'un danger et qu'il devait prendre des mesures nécessaires pour protéger son salarié.

Tout salarié victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, dont les circonstances ou la survenance sont susceptibles d'être imputables à l'employeur, peut engager la procédure de faute inexcusable à l'encontre de son employeur en vue d'obtenir une réparation intégrale.

En effet, l'indemnisation des caisses d'assurance maladie est forfaitaire, tenant compte uniquement de l'incapacité fonctionnelle, déterminée selon un guide barème d'invalidité annexé au code de la Sécurité Sociale.

En cas de reconnaissance de la faute inexcusable, la victime bénéficiera d'une majoration au maximum de sa rente et d'une réparation de ses préjudices personnels.

Et les effets sur la prévention :

L'action en recherche de faute inexcusable de l'employeur n'a pas pour finalité de renforcer la prévention de risque d'accidents du travail ou maladies professionnelles même si elle y contribue puisque l'employeur s'il est condamné supporte non seulement les frais de procès mais également les sommes allouées à la victime par le tribunal sans oublier la révision à la hausse du taux de ces cotisations due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Au total tout employeur averti a intérêt à mettre en place une politique de prévention des plus efficaces pour réduire le nombre d'accidents ou maladies à caractère professionnel pour satisfaire ces obligations en matière d'hygiène et de sécurité mais aussi aux fins d'éviter un surcoût parfois colossal en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle grave.

Paroles d'infirmières du travail : "les bras m'en tombent"

Carine, contractuelle à la Poste :

Je gagne 20 000 euros par an alors que j'ai 10 ans d'ancienneté et le DIUST. D'autres collègues, récemment embauchées et non formées touchent 30 000 euros annuels. Il est prévu une IST pour 500 salariés : je gère une population de 6000 agents !

La situation est complexe : les fonctionnaires n'ont pas droit au DIF, les contractuelles si. Il y a en fait 3 entreprises différentes au sein de la Poste : Colis, Courrier et Grand public, avec des budgets différents. Je suis rattachée au Courrier mais je suis aussi prestataire pour le secteur Colis. On n'a pas de définition de poste national : tout est régi par le management local. Notre association des infirmières de la Poste a rédigé une proposition de description de fonctions, à ce jour restée lettre morte. Il n'y a pas de déroulement de carrière défini : c'est à la tête du client. Nous avons interpellé les syndicats de la Poste : on ne les intéresse pas, on n'est pas assez nombreuses. De nombreux médecins de prévention souhaitent voir notre statut évoluer.

Un accord interne à la Poste a permis de former une quarantaine d'IST au DIUST sur 5 ans. Cet accord arrive à terme. On ignore s'il sera reconduit. La validation du diplôme débouche sur une augmentation, pour les contractuelles, du salaire de 3 à 5% après négociation individuelle.

L'IST n'est pas mentionnée dans l'équipe de prévention, composée du médecin de prévention et de l'animateur de prévention. Nous sommes en concurrence avec ces APACT (animateur de prévention et d'amélioration des conditions de travail) qui ont un coefficient (de 3.2 à 4.1) supérieur au nôtre (3.1) alors qu'ils sont parfois bac - 3 ! Ils organisent des journées du dos et sur les toxicomanies : quelquefois, ils nous y invitent...

Notre association, qui se réunissait autrefois le samedi à l'extérieur, a obtenu que nos 2 réunions annuelles nationales se fassent sur les temps de travail en semaine et au siège de la Poste. Chaque réunion accueille 20 à 40 collègues.

Danièle, infirmière en collectivité territoriale :

Je travaille depuis 2 ans avec un médecin à temps plein, très investi, mais qui délègue peu. La 1^{ère} année, j'étais simple exécutante. Lors des formations, je passais les diapos... Avec un DIUST, c'était plutôt frustrant, car dans ma précédente entreprise, j'avais beaucoup d'autonomie et je pouvais prendre plein d'initiatives. Avec le temps, la situation a un peu évolué : le médecin me laisse faire... quand il n'est pas là ! J'essaie de saisir les opportunités, de m'adapter en permanence en temporisant. Heureusement, je m'entends bien avec la secrétaire du service et la collectivité dans laquelle je travaille est très ouverte à la prévention. Je ne trouve pas dans ce poste l'intérêt escompté, mais le bassin d'emploi de la région ne propose guère d'autre alternative...

Dolorès, industrie pharmaceutique :

Pendant longtemps, j'ai compté sur la formation pour évoluer : après le DIUST, j'ai suivi des cours du soir au CNAM en ergonomie et obtenu une maîtrise. Grâce aux compétences acquises en méthode et conduite de projet, j'ai mis en place des actions de prévention en équipe pluridisciplinaire (service sécurité, CHSCT, opérateurs,

encadrement). Le médecin du travail soutenait mes démarches. Pour le renouvellement de l'agrément du service de santé au travail, il m'a demandé de remplir un dossier d'habilitation IPRP. Malheureusement, la reconnaissance, en terme de qualification et de salaire ne suivaient pas : je restais au même coefficient que mes collègues, avec du travail en plus ! J'ai baissé les bras et démissionné. Mes collègues avaient la nostalgie du curatif et des urgences ; difficile dans ces conditions de mener une conduite de projet de prévention en santé travail.

Pascale, infirmière à la RATP :

Avant 2000, les infirmières restaient cantonnées au bureau pour les consultations. La direction ne souhaitait pas les voir sur le terrain. Aujourd'hui il y a une petite évolution : nous pouvons partir en mission, à condition que le planning le permette et au bon vouloir du médecin. Mais il n'y pas de tiers temps infirmier défini. Et 90% de notre temps est consacré aux visites médicales et au secrétariat. Pour ma part, j'ai réalisé, sur mon temps personnel à la maison, un diaporama d'information des salariés sur les CMR qui a été validé par le médecin du travail. Nous avons pu le présenter aux salariés à deux : le médecin expliquait les risques liés aux produits et j'insistais sur les conseils de prévention.

La direction rechigne à prendre en charge le DIUST : je pense qu'elle craint qu'une formation diplômante entraîne la création d'IST à 2 vitesses.

Sophie, IST en raffinerie :

En terme d'évolution, je suis bloquée en tant qu'infirmière : j'ai 17 ans d'ancienneté et j'ai atteint le coefficient maximum (230) Je pourrais progresser en développant l'hygiène industrielle et aller jusqu'au coeff 310. Mais ça poserait le problème de mon indépendance, car je serais alors sous la tutelle de la direction. Récemment, le responsable sécurité voulait que je fasse des mesures de benzène sans en communiquer les résultats aux opérateurs. Et si je dois faire de la métrologie, il faut que ce soit là où c'est utile ; je ne vais pas mesurer là où on sait que ça ne donnera rien. J'ai refusé, mais avec une triple hiérarchie (médecin du travail, ingénieur sécurité et RH) c'est très inconfortable. Le médecin me couvre pour l'instant, mais je n'ai pas son statut protégé. Quand j'ai voulu muter dans une autre raffinerie, elle a bloqué mon changement pour me garder près d'elle ! Moralité, pour évoluer, je dois partir...

Tout le monde se renvoie la balle, pour l'entretien annuel d'évaluation, pour mes demandes de formation. Je dois tout expliquer trois fois ; c'est fatigant... Je suis en train de baisser les bras. Ma collègue est absente et je porte le service depuis 7 mois : je n'ai pas eu un remerciement. J'ai demandé la validation de mon DIUST en licence il y a 2 mois, je n'ai toujours pas de réponse ; je vais le faire à mes frais (250 euros).

Cette année, je vais faire 2 rapports d'activité (1 pour l'infirmier et 1 pour l'hygiène industrielle) que je signerai moi-même. J'en ai marre que d'autres s'approprient mon travail. C'est quand même triste : pour évoluer, les IST doivent faire autre chose : sécurité, RH, formation.

On a soulevé un lièvre : des opérateurs ont une exposition significative au furfural. L'action préventive se limite à la distribution de masque. C'est moi qui fais la formation aux opérateurs ; à chaque fois, je suis morte de honte et leur assure que je ne laisse pas tomber et que je continue à défendre un vrai projet de prévention.

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

MAIS IL FAUT LE DIRE AUSSI

Au corbac qui taille des costards aux autres en oubliant de balayer devant sa porte.

Il existe en effet deux sortes de médecins du travail. Les premiers ont fait des études de médecine sans se tromper de voie et ont intégré la filière de la médecine du travail en souhaitant continuer à faire de la médecine donc examiner les gens, les écouter et essayer de faire la relation entre leur état de santé et leurs conditions de travail, les aider au mieux afin qu'ils tolèrent le moins mal possible les affres des conditions de travail qui s'aggravent de jour en jour. La clinique médicale du travail va dans ce sens. Je suis de cette catégorie de médecins du travail.

Les seconds (malheureusement ce sont ceux là qui parlent le plus fort et le plus souvent) se sont trompés de direction et munis de leur doctorat ont pensé faire le moins possible de médecine en se faisant embaucher comme médecin du travail et en passant leur temps de travail en réunions dites de prévention stériles, en promenant avec grâce des sonomètres aux culs des tractopelles, en rédigeant des articles sans intérêt que personne ne lit... bref en servant de caution aux institutions politiques, para politiques et patronales en se transformant insidieusement en commissaire de santé technicien en métrologie...

Que les vrais médecins continuent à faire de la médecine et que ceux qui se sont trompés de voie se fasse habilitier IPRP, changent de statut, deviennent des médecins conseils institutionnels et continuent à pontifier en donnant des leçons dans les salons où l'on cause notamment les pédants congrès de santé au travail.

Médecin je suis et médecin je resterais et je continuerais à utiliser le marteau à réflexe n'en déplaise au corbac.

Docteur Ménade Jean-Pierre
médecin d'abord et du travail ensuite.
Service de Santé au Travail BTP de l'Isère.

La réponse du comité de rédaction :

C'est toujours la question du METIER de médecin du travail et de l'infirmière du travail qui est posée.

Faut-il opposer MEDECINE et TRAVAIL ? Ou faut-il, dans la longue marche SANTE au TRAVAIL, intégrer la démarche médicalisée aux dimensions multiples du travail, individuelles et collectives ?

Le débat sur le métier reste toujours ouvert, y compris, bien sûr, dans nos colonnes.

J. C. GUIRAUD

Interrogation et recherche identitaire : les IST en quête de reconnaissance professionnelle

Par M.C. Cabrera Limame

Alors que le niveau de formation spécialisée (DIUST, licence et bientôt maîtrise en santé travail) s'élève, on ressent un malaise profond parmi les infirmiers et infirmières de santé au travail. Les témoignages illustrant cet article révèlent le questionnement identitaire de nos collègues, au regard de la pauvreté du contenu de la Circulaire OHEIX, seul texte à ce jour définissant, trop succinctement, notre rôle et nos missions en entreprise.

IST : quesaco ?

Déjà, on peut souligner le fait de revendiquer une appellation virtuelle : IST, ça n'existe pas, ou du moins pas encore... en France. De plus, notre pays est à la traîne pour inclure le diplôme d'état infirmier dans le système LMD (licence, maîtrise, doctorat) ce qui nous cantonne à un niveau « technique » et complique pour le coup l'accès à l'Université. Ensuite, on a bien du mal à s'y retrouver dans la jungle des statuts, des qualifications et des salaires (voir les articles des précédents JST) Mais surtout, la seule légitimité de nos postes au regard de la réglementation est inconfortable. Les tâches hors du champ « santé travail » sont dévalorisantes. Le secrétariat est chronophage. L'indépendance professionnelle est un vœu pieux au regard d'une double, voire d'une triple hiérarchie ! La prévention et le tiers temps infirmier (virtuel lui aussi) sont laissés au bon vouloir du médecin. L'ambiguïté d'une double casquette (IST ergonomiste, IST tabacologue, IST animateur de sécurité) ne favorise pas la reconnaissance des compétences en santé travail. Le turn-over infirmier dans certaines entreprises est révélateur du malaise existant. Pour certains salaires proposés, on se frotte les yeux... Il y a parfois confusion entre santé publique et santé au travail. On risque de se disperser, entre vaccination antigrippale et audit d'habilitation d'armoire électrique. L'évolution de carrière

est très aléatoire et souvent liée à une nouvelle fonction en sécurité, hygiène industrielle, formation ou encore ressources humaines.

2007 : bonne année ?

Au symposium DIUST de Toulouse, le 1er décembre 2006, Mme JARRY, sous-directrice à la Direction Générale du Travail, affirmait que le statut des IST serait étudié en 2007 : c'est une très bonne nouvelle. Au SNPST de faire remonter la problématique identitaire et de défendre les revendications infirmières en santé travail.

La spécialisation d'IST est en gestation. La formation élève le niveau de la réflexion professionnelle. L'ouverture de notre syndicat permet d'analyser et de lever les défenses corporatistes. Le groupe de travail du SNPST sur le projet d'équipe coopérative en santé travail, incluant médecin et IST, participe au travail d'élaboration de nos identités professionnelles respectives, en attendant d'être rejoint par les secrétaires assistants et les IPRP. On peut légitimement espérer une année 2007 dense et fructueuse pour l'évolution des IST en France...

RDV en fin d'année pour le bilan !

Enfin la fin de la précarité pour les médecins de la fonction publique d'état !

Par Marylene Blavette

Créée en 1982, la médecine du travail dans la fonction publique d'état aura attendu plus de 20 ans pour que soit obtenu un statut d'agent contractuel de l'état à durée indéterminée. Voici l'histoire de ce combat.

1983/1994 Les médecins du ministère de l'équipement tentent de créer un collectif et de s'organiser :

Tout commence pour moi en 1983 : je viens de passer ma thèse et je suis en deuxième année de CES de médecine du travail. Je fais d'abord un remplacement puis je prends le poste de médecin de prévention de la direction département de l'équipement de Seine-Maritime. Il s'agit de vacations mal payées, mais dans un univers professionnel intéressant : les routes, les ports, l'habitat, le contrôle du transport... avec un réel intérêt des agents et des services pour ce que peut apporter la médecine du travail. L'action sur le milieu du travail est au cœur des missions et une grande liberté d'action est laissée au médecin, c'est pourquoi je vais m'investir dans ce poste.

Mais il s'agit d'un travail solitaire et rapidement j'essaie de me rapprocher des confrères dans les autres DDE et au ministère. C'est comme ça que nous créons avec mes collègues l'Association des médecins de prévention de l'équipement dont je suis présidente. C'est ainsi que je vais multiplier démarches et rencontres, je citerais le directeur de cabinet du ministre Chevènement lors de son passage au ministère de l'équipement, Laurent Fabius alors premier ministre que je rencontre en sa mairie de Grand Quevilly. Ils m'écoutent, acquiescent à mes propos mais rien n'avance.

Le Ministère ferme les yeux sur tous les arrangements locaux du style deux heures travaillées trois heures payées, paiement de frais de déplacements fictifs... Cela durent quelques années, jusqu'en 1994 date à laquelle je prends contact avec les collègues médecins de prévention des autres administrations et nous nous retrouvons un jour à Paris pour une première rencontre inter ministérielle. Nous invitons un juriste car on ne sait pas comment s'organiser.

Jean-Paul Antzenberger qui est médecin de prévention à Limoges nous parle du S.N.P.M.T. En effet il y est syndiqué et c'est comme ça que je deviens adhérente et que nous créons la branche fonction publique d'Etat.

95/2004 Le SNPMT fait bouger l'institution :

Avec l'aide des différents secrétaires généraux, je prends contact avec le Ministère de la fonction publique car c'est là que « ça coïncide ». Les médecins de prévention sont considérés comme vacataires et payés sur les bases d'un texte de 1973 qui fixe le montant de la vacation des médecins et vétérinaires qui apportent leur concours à l'administration, et cela ne gêne personne!

Pourtant l'année 1995 va nous apporter un décret réglementant la médecine de prévention avec de nouvelles exigences telles que la fiche d'entreprise, les fiches de postes, des fréquences de visites médicales qui deviennent obligatoires. Donc ce n'est plus un concours qu'apporte le médecin à l'administration : ses fonctions sont bien pérennes et doivent relever soit d'un statut de fonctionnaire, soit de contractuel de l'Etat. C'est sur ces bases que vont se développer nos interventions.

Mais l'administration est un gros dinosaure bien difficile à bouger. Les médecins du Ministère de l'équipement s'organisent en réseau avec des porte parole élus démocratiquement. Les initiatives de métier du réseau font preuve de pertinence, et le ministère finit par le tolérer

voire le soutenir. Parallèlement, le SNPST se renforce et double ses adhérents. Petit à petit notre demande de transparence aboutit et au moins les « arrangements financiers » sont reconnus comme une nécessité (pour garder ses médecins en proposant une rémunération correcte).

Un militant syndiqué au SNPST, intente avec le soutien du syndicat en 1997 un procès au tribunal administratif contre le CETE de Nantes, administration du ministère de l'Equipement, pour irrégularité des conditions de rémunération (vacations) et des conditions d'exercice (effectif de salariés aléatoire). Débouté en première instance, il gagne en appel ou les conclusions du tribunal du 23 janvier 2002 affirment l'obligation d'un contrat conforme à la loi de 1984 et au décret de 1986 sur les personnels non titulaires de l'état. Le ministère ne portant pas l'affaire en Conseil d'Etat, le jugement équivaut à une jurisprudence. L'administration reconnaît le statut contractuel y compris oralement, ce qui détend les relations, mais son inertie légendaire va différer la mise en application sur plusieurs années.

Le Ministère de l'économie et des finances quant à lui franchit une étape et propose une grille de salaires comparable à celle des services inter-entreprises. D'autres administrations suivent. Mais tous les ministères se retranchent derrière la fonction publique d'état pour ne pas proposer de statut, ils attendent... Parallèlement, en 2000, l'état demande à LIGAS un rapport sur la médecine de prévention dans la fonction publique. Rapport accablant sur les inégalités entre ministères qui conclut à la nécessité d'une uniformisation et la création d'un statut et d'une grille de salaires pour tous les médecins. Il évoque également l'intérêt de services de médecine de prévention inter administratifs.

Ce rapport aura peu d'écho dans les couloirs des ministères. Lassés de piétiner, d'écrire aux ministres qui se succèdent, d'être reçus par des énarques qui ne connaissent pas le problème, qui comprennent vite mais qui oublient aussi vite de faire avancer le dossier, nous décidons d'entamer une démarche contentieuse par un recours en conseil d'Etat.

2005, année de la victoire :

Le jugement en février 2005 déboute notre syndicat qui demandait une grille unique de salaires pour tous les ministères et la création d'un corps de fonctionnaires. Mais cet échec est en fait une victoire car le mémoire du conseil d'état est sans appel. Les médecins de la fonction publique de l'état ne sont pas en situation de précarité comme l'argumentait notre syndicat, puisqu'ils sont contractuels à durée indéterminée. C'était donc gagné !

C'est sur ce mémoire et la loi de juillet 2005 sur la résorption de l'emploi précaire que nous nous appuyons pour demander au ministère de l'équipement dans un recours gracieux, un statut, une grille de salaires et un remboursement financier pour le préjudice subit.

2006, l'année du CDI :

En novembre 2006, nous obtenons un contrat à durée indéterminée et la grille de salaires des services inter entreprises ainsi qu'une transaction financière calculée sur l'intégralité de l'ancienneté au ministère de l'équipement.

Les autres ministères n'ont plus qu'à suivre...



Fauchage des bas côtés par l'Equipement

L'histoire qui tue.

Une bouffée d'oxygène grâce à l'amiante !

L'adaptation des salariés âgés aux nouveaux modes de fabrication est certes un problème d'actualité. C'est le cas dans une des usines de cet équipementier automobile qui souhaitait pouvoir proposer un départ anticipé à ses salariés de plus de 50 ans au bénéfice de la loi de décembre 1998 sur les salariés exposés à l'amiante. En contrepartie, un programme d'embauche pour des jeunes devait être mis en place. Mais le ministre de l'emploi a rejeté cette demande, l'exposition à l'amiante n'ayant pas été jugée significative. La déception est grande au sein de l'entreprise et la presse locale a pu écrire que cette décision ministérielle « a ruiné les espoirs d'embaucher 250 jeunes salariés » et que le bassin d'emploi local « va donc vraisemblablement devoir se passer de cette bouffée d'oxygène qui lui aurait fait tellement de bien ». Sans vouloir remettre en cause les dispositions dont peuvent bénéficier les salariés ayant travaillé au contact de l'amiante, on est quand même épaté par cette idée qui permet de gérer à la fois la réparation d'une exposition professionnelle, le problème des travailleurs âgés devenus moins productifs et le chômage des jeunes...

On était loin d'imaginer de tels « bénéfices secondaires » d'une exposition à l'amiante... On pourrait seulement objecter que le terme de « bouffée d'oxygène » dans ce contexte n'est sans doute pas le plus pertinent... mais... l'humour des journalistes ... !

Michel HAMON

Questions (du JST) pour un champion (à la présidence)...

Notre rédaction a contacté les candidats à l'élection présidentielle, pour leur poser 3 questions. A ce jour, nous avons reçu les réponses de S. ROYAL, M-G. BUFFET et D. VOYNET. Nous transcrivons leurs propos qui selon la formule consacrée, n'engagent qu'elles !

1. La Santé est curieusement la grande absente des préoccupations affichées des candidats. En ce qui concerne la santé au travail, l'affaire de l'amiante a tragiquement mis en évidence les faiblesses de notre système en matière de prévention des risques professionnels. Ce fait est corroboré par la persistance des risques chimiques, la pénibilité particulière des conditions de travail en France, l'émergence des risques psychosociaux ou l'explosion des troubles musculo-squelettiques. Quel est l'état de vos réflexions sur cette question ?

S. ROYAL : Quant à moi, je me suis déjà largement exprimée sur les questions de santé et la place centrale qu'elle occupera dans mon action, si je suis élue par les Français. Je veux jeter les bases d'une santé durable et permettre à chacun, à tout âge, de construire sa vie en bonne santé. Ceci concerne, à l'évidence, la santé des salariés et des travailleurs en général. Le scandale de l'amiante l'a démontré, notre système de prévention n'est pas assez efficace, malgré les compétences disponibles. Les carences sont graves dans la gestion du système de prévention : le principe de réparation à toujours prévalu sur le principe de « prévention-précaution ». De manière générale, les acteurs de prévention, faute de coordination sur le terrain, se trouvent très isolés. L'Etat qui devrait être le garant institutionnel d'un droit fondamental à la santé au travail ne s'est jamais doté d'un véritable cadre institutionnel cohérent en ce domaine. La recherche est par ailleurs insignifiante en termes de moyens et complètement éclatée.

M.G. BUFFET : Tout d'abord, il est indispensable de modifier profondément les rapports sociaux au travail. Ils doivent être réellement démocratisés, les organisations syndicales doivent être reconnues et respectées. Dans un cadre rénové, la place de la santé au travail doit devenir une priorité de santé publique en étant confirmée comme une responsabilité d'état. C'est par un contrôle démocratique renforcé aussi que les risques seront mieux pris en compte dans le monde du travail. Il importe aussi que les services de médecine du travail soient dotés de moyens et puissent exercer leur mission en toute indépendance par rapport au patronat et aux employeurs. Je considère que la santé est une priorité pour nos concitoyens et qu'il faut qu'elle demeure dans les responsabilités de l'état. Les instances représentatives, en particulier les CHSCT doivent pouvoir intervenir très rapidement afin de garantir leur efficacité. Plus

globalement, les choix de gestion doivent pouvoir être contrôlés voire remis en cause à partir du moment où ils mettent en danger la vie des salariés ou de l'environnement.

D. VOYNET : La santé est au cœur du programme des Verts. En effet, la réforme du système de santé n'est pas un problème sectoriel, c'est un véritable choix de société. C'est pourquoi nous proposons une réforme en profondeur du système de santé et de Sécurité Sociale. En ce qui concerne la Médecine du Travail, l'exemple de l'amiante, à lui seul, signe la faillite du système de Médecine du Travail, tel qu'il a été mis en place. On se doutait de la toxicité de l'amiante au début du XX^{ème} siècle, on en avait la preuve au milieu du siècle, elle était expertisée et publiée intégralement en 1972, et l'amiante a été interdite en 1997... Que de milliers de morts évitables ! Quelle est donc la cause qui annihile le système ? De notre point de vue c'est le choix fait au départ de créer la Médecine du Travail au sein même de l'entreprise, le médecin étant salarié, donc avec un lien de dépendance vis à vis du chef d'entreprise. Nous proposons donc de maintenir les services de médecine du travail, mais de rompre la dépendance directe des entreprises en les intégrant dans le nouveau système de santé que nous voulons mettre en place. Il est ainsi possible de renforcer son rôle d'action vis à vis des problèmes établis, ainsi que de développer leur rôle de vigilance, de dépistage et d'alerte vis à vis des nouveaux problèmes tels le burn out, le harcèlement professionnel ou les risques chimiques...

2. Quels sont vos propositions pour que les Services de Santé au Travail puissent jouer pleinement leur rôle en matière de prévention des risques professionnels et de suivi des salariés notamment en ce qui concerne les moyens humains, financiers et réglementaires ?

S.R. : La réforme du système de reconnaissance des maladies professionnelles et de la tarification des coûts induits par ces problèmes de santé spécifiques est l'un des premiers chantiers à mener. Il convient notamment de s'interroger sur le principe de réparation forfaitaire. Il est ainsi injuste que les salariés blessés lors de la catastrophe d'AZF aient été moins indemnisés que les passants qui se trouvaient dans la rue. Par ailleurs, le système de tarification doit être beaucoup plus incitatif pour les entreprises qui s'engagent dans une démarche de prévention. Enfin, je veux que l'Etat fixe des règles plus précises de démocratie dans les entreprises pour permettre la négociation autour de ce qui n'est pas défini par la loi. Je veux un dialogue social fort conduit par des partenaires sociaux pleinement reconnus : cette priorité majeure doit trouver un terrain privilégié en matière de santé au travail.

M.G.B. : Je pense que la démocratie doit être le moteur de toutes réformes, démocratie « interne » pour les médecins et les salariés des services de santé au travail et démocratie « externe » pour les usagers de ces services que sont les salariés des entreprises où doivent intervenir ces services. Je suis évidemment pour que le relèvement des

quotas des formations médicales et paramédicales que je porte dans mes propositions puisse aussi être utilisé pour les services de santé au travail. Ils devraient pouvoir mieux être utilisés comme terrain de stage pour être plus attractif pour les futurs professionnels. Il est impératif que les services de santé au travail soient réellement indépendants des employeurs pour pouvoir exercer sereinement leur mission.

D.V. : Nous pensons qu'il est possible de relancer le sens comme l'efficacité des services de médecine du travail en les regroupant avec l'approche de la santé environnementale. Ce regroupement des compétences prend acte que la frontière entre environnement professionnel et environnement domestique n'a plus de validité scientifique ou sociale. Les risques doivent être appréhendés dans leur globalité. Ainsi, le suivi des nouveaux risques pour les salariés et l'orientation vers la prévention deviendront des priorités concrètes. C'est pourquoi nous souhaitons créer une Agence de la Santé Environnementale et Professionnelle qui constituerait une des 3 composantes du nouveau dispositif, à côté de l'Agence de l'Offre de Soins et de l'Agence d'Education et de Promotion de la Santé. De plus, il faut agir pour une reconnaissance du nombre réel d'accidents du travail et de maladies professionnelles actuellement clairement sous-estimés. La reconnaissance du caractère professionnel d'un certain nombre de maladies ou d'accidents est le plus souvent entravée par les employeurs, comme par les Services Médicaux des caisses de Sécurité Sociale, par exemple pour les troubles musculo-squelettiques. Le droit et le fonctionnement des Tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale devront être réformés.

3. L'action des médecins du travail est entravée pour des raisons bien connues, gestion majoritairement patronale des services, concurrence entre les services, place centrale donnée à « l'aptitude », évolution démographique défavorable. Quel est votre positionnement sur ces questions essentielles ?

S.R. : Il faut redéfinir le cadre d'indépendance et les missions du médecin du travail, notamment en lui donnant un rôle central dans la coordination de l'équipe pluridisciplinaire au sein des services de santé au travail. Le médecin du travail doit conserver son rôle médical grâce au rapport singulier avec le salarié et son implication dans l'évaluation des risques professionnels dans l'entreprise. Il est essentiel de préserver la périodicité et la systématisation des visites médicales. Quant à la démographie médicale, c'est un problème de portée générale, même si la spécialité de médecine du travail a une problématique spécifique. Les solutions relèvent donc d'une approche d'ensemble de ces questions, et notamment de l'organisation des études et carrières médicales, mais aussi du cadre d'emploi et de la pleine reconnaissance de la médecine du travail.

M.G. B. : Comme je le précisais dans la réponse précédente, je suis pour une rénovation complète de ce secteur. L'indépendance que je revendique pour

les professionnels des services de santé au travail est aussi dans le domaine de l'orientation de ce travail, il faut sortir du « toute aptitude ». Enfin en terme de coopération entre structures, je considère qu'il est indispensable que les échanges soient réellement mutuellement avantageux, il faut du gagnant/gagnant et en finir avec la mise en concurrence.

D.V. : Au-delà des réponses déjà données, nous pensons qu'on peut redonner au système de santé et de sécurité sociale un dynamisme pour répondre aux besoins et une efficacité qu'il a largement perdu en tablant sur une décentralisation et une véritable démocratie sanitaire. En ce qui concerne la démographie médicale, elle est tout à fait anormale car l'évolution numérique de la médecine est facile à prévoir compte tenu de la durée des études et du nombre de places en formation. Elle n'est pas un accident. Elle représente un des échecs graves des politiques antérieures. Une des mesures d'urgence à prendre est de fixer les nombres de postes en formation en fonction des besoins de la population, à l'entrée en médecine, entre généralistes et spécialistes, entre spécialités. Par ailleurs, nous élaborons un projet de loi pour la protection de l'alerte et de l'expertise, qui est aujourd'hui trop souvent sous l'influence d'intérêts économiques. L'objectif est de créer une haute autorité indépendante, sur le modèle de la CNIL, dite Haute Autorité de l'Expertise, en charge de définir les règles de déontologie de l'expertise et de les faire appliquer, de veiller au respect des déclarations de conflits d'intérêts, de protéger les lanceurs d'alerte et de veiller au respect des relations entre organismes d'expertise et citoyens. Plus globalement, la crise actuelle du système de santé est structurelle et, si on ne change rien, on va vers une situation ingérable. Les causes des maladies de civilisation, liées aux modes de vie, à l'environnement aux conditions de travail, augmentent plus vite que les progrès des soins. Ce qui signifie que la situation sanitaire se dégrade, alors même que les dépenses de soins n'ont cessé d'augmenter beaucoup plus vite que l'inflation. Le déficit de la Sécurité Sociale se creuse, sans qu'on enrayer l'augmentation des cancers, du diabète, de l'asthme, par exemple... C'est pourquoi Les Verts font de la santé un axe majeur de la campagne. Les Français sont attachés au système de solidarité que représente la Sécurité Sociale. Nous tentons de montrer que, pour assurer la poursuite d'un système de solidarité, il faut aujourd'hui une réforme de même ampleur que celle de 1945. Il s'agit d'une véritable « refondation » du système de santé, réorganisé en 3 agences organisant les 3 axes du nouveau système : les soins, l'environnement et l'éducation. Pour animer ce nouveau système, alléger sa gestion et rapprocher la décision des citoyens, nous proposons de le décentraliser et de mettre en place un Conseil Régional de Santé, élu, redonnant vie à la démocratie sanitaire et faisant émerger un véritable pouvoir des usagers. L'abandon du système public de protection sociale, la privatisation de l'assurance maladie, la marginalisation des hôpitaux publics et de la Médecine du Travail ne seront possibles que si l'on n'en parle pas !

Qu'est-ce que le rôle propre infirmier ?

Par M.C. Cabrera Limame

L'identité professionnelle infirmière repose sur le rôle prescrit (par un médecin) et sur le rôle propre infirmier. Or ce rôle propre est peu connu. Cette méconnaissance pouvant entraîner confusions ou malentendus, nous vous proposons une lecture historique de la professionnalisation infirmière. Puis nous analyserons l'application du rôle propre infirmier en santé travail.

Cornettes et blouses blanches :

A la fin du XIX^e siècle, le monde médical est bouleversé par des découvertes et des innovations qui modifient les pratiques mais aussi la pensée et les comportements. S'affrontent alors les religieuses hospitalières (comment, de jeunes blancs-becs prétendent commander aux épouses du Christ !) et les jeunes médecins pasteuriens épris d'asepsie (la cornette des Sœurs de la Charité serait un véritable nid à microbes...) Les cléricaux vivent mal les progrès techniques et le nouveau rapport au corps du patient. Pour eux, priorité est donnée au salut de l'âme, le malade incarnant la passion du Christ et la religieuse la Pieta. Face à ce conflit et aux nouveaux besoins en personnel formé et adapté aux nouvelles techniques, les médecins modernes prônent le recrutement de « personnel instruit, jeune et malléable. » (Dr BOURNEVILLE). Echaudé par la résistance des religieuses soignantes, les médecins organisent et contrôlent soigneusement les écoles infirmières, alors que dans les pays anglo-saxons, ce sont des infirmières expérimentées qui enseignent aux futures nurses, dans la lignée de la 1^{ère} chercheuse en soins infirmiers : Florence NIGHTINGALE. Britanniques et nord américaines élaborent des théories en soin infirmier, débattent, publient, tandis qu'en France on en reste à la technique (hygiène et aseptie) et à la soumission. Le professeur CALMETTE est catégorique : « L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin, mais à le suivre. » Le diplôme d'état est créé en 1938. Il signe le début de la professionnalisation du métier d'infirmière comme auxiliaire médicale. La loi de 46 confirme l'infirmière dans un rôle strictement limité à la prescription médicale.

Rôle prescrit et rôle propre :

La formation infirmière se développe vers toujours plus de technique et de curatif jusqu'en 1961 où l'on voit apparaître la notion d'Homme sain, de globalisation du soin, du rôle d'éducation auprès des malades. Les monitrices (infirmières enseignantes) s'ouvrent aux sciences humaines et prônent une approche plus globale du patient avec une approche relationnelle. Mais comparée à ses collègues étrangères (britanniques, nord américaines, suisses) l'infirmière française, trop médicalisée, néglige l'approche humaine. La réforme de l'enseignement en 1972 est le point de départ d'une révolution culturelle : de nouveaux outils méthodologiques (le concept de soin infirmier et de plan de soin infirmier) donnent une autre dimension à l'identité infirmière : d'auxiliaire médicale, on évolue vers l'autonomie à partir de la réflexion sur les compétences infirmières spécifiques. L'infirmière n'est plus une « pousse seringue » mais réalise en équipe un projet de prise en charge globale de la personne. La loi de 78 est une avancée significative en donnant aux infirmières une relative autonomie. Elle confère un statut à 3 niveaux : le rôle propre infirmier contribue à développer des actions en matière de santé ; le rôle prescrit correspond à l'application des prescriptions médicales ; il y a interdépendance entre professionnels de la santé. En outre, le texte précise le rôle infirmier

en matière d'éducation, de prévention, de formation et d'encadrement. Les infirmières sont très attachées à cette définition du rôle propre infirmier : il leur confère initiative, autonomie et créativité. Elles ne sont plus de simples exécutantes mais développent des projets de soins curatifs, préventifs, palliatifs et éducatifs. La recherche en soins infirmiers est reconnue, même si elle est souvent monopolisée par les cadres infirmiers.

Explication de texte :

L'article R 4311-1 du décret n°2004-802 du 29/07/2004 précise que « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation pour la santé. » Il s'agit de :

- protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou leur autonomie, en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie,
- concourir à la mise en place de méthodes et au recueil d'informations utiles aux autres professionnels,
- participer à l'évaluation de la dépendance des personnes,
- participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes.

Relèvent du rôle propre les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Pour ce faire, l'infirmière identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Elle dispense des soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1 - soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement,
- 2 - surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire
- 3 - dépistage et évaluation des risques de maltraitance,
- 12 - installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap,
- 13 - préparation et surveillance du repos et du sommeil,
- 19 - recueil des observations susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne (température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, poids, évaluation de la douleur)
- 40 - entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire,
- 41 - aide et soutien psychologique,
- 42 - observation et surveillance des troubles du comportement.

Et en santé travail ?

Le rôle propre infirmier s'applique à la prise en compte de la santé des salarié(e)s lors de projets de prévention

et de promotion de la santé au travail dans une prise en compte globale de la personne, dans ses dimensions physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

Ces soins, préventifs et curatifs, font l'objet de consultations infirmières en santé travail qui se déclinent à partir des risques professionnels et de la demande des salarié(e)s : prévention des accidents de travail et des pathologies professionnelles, études de poste, maintien dans l'emploi des personnes fragilisées par l'âge ou le handicap, attention portée aux personnes en situation de précarité, accompagnement et orientation de personnes en souffrance au travail, alerte et veille sanitaire auprès du médecin du travail et du CHSCT, travail en réseau.

Quelques exemples pour illustrer notre propos :

Assurer l'accueil des nouveaux embauchés, les informer sur les risques professionnels et sur les mesures de prévention mises en place ; animer une action de sensibilisation du personnel de la restauration à l'hygiène alimentaire ; former les sauveteurs secouristes du travail ; former les salarié(e)s à « gestes et postures », à « Ecole du dos » ; participer à la réflexion sur le choix d'équipements de protection individuelle ; quantifier l'hydratation et l'élimination d'opérateurs exposés à la chaleur ; collecter et analyser des dosimètres de bruit d'une équipe ; recueillir les plaintes dans le cadre d'une « épidémie » de TMS ; conseiller des salarié(e)s souffrant de troubles nutritionnels en lien avec des horaires d'équipe ou de troubles du sommeil avec le décalage horaire de déplacements professionnels ; accueillir, écouter un salarié perturbé par son entretien individuel d'évaluation et contrôler sa tension artérielle ; vérifier l'installation ergonomique d'un poste de travail informatique ; pratiquer l'écoute empathique et la relation d'aide avec les personnes en souffrance au travail.

Souvent, l'action menée comprend une part de :

- rôle prescrit : « Vous vaccinerez Mr DUPONT contre la Leptospirose selon le protocole défini, après avoir interrogé le salarié sur les contre-indications définitives et temporaires. »
- rôle propre : expliquer au salarié la maladie provoquée par des leptospires, ses modes de contamination dans l'entreprise, les actions de prévention retenues sur le site, la conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle. Même chose pour les examens complémentaires : « Pratiquer, pour toute visite périodique un contrôle urinaire, un examen visuel et, pour les personnes exposées au bruit, un audiogramme » relève de la prescription médicale, avec le retour d'information de l'IST vers le médecin du travail (« transmission ciblée » dans notre jargon) alors que l'analyse du résultat, l'information du salarié, le conseil et l'orientation sont liés au rôle propre.

Pour faire simple : le rôle prescrit est lié à une ordonnance ou à un protocole médical : urgences, vaccinations, examens complémentaires ; le rôle propre, c'est... tout le reste !

Aides à domicile : des métiers peu ménagés.

par Fabienne Bardot, médecin du travail

Je rencontre régulièrement, en consultation de médecine du travail, les salariées d'une association d'aide aux personnes âgées. Analyser le travail en situation réelle est chose impossible puisqu'il se déroule dans l'espace privé des personnes âgées, à savoir leur domicile. Aussi ai-je du créer une autre forme de « tiers temps ».

Parler ensemble du travail :

Depuis quelques années, je proposais des séances de formation à thème. Le sujet était toujours un prétexte pour inviter les personnes présentes à parler de leur travail. Par exemple, on m'a demandé de parler de la personne âgée agressive, de l'hygiène, de la canicule, etc. En partant du thème comme sujet de discussion d'expériences diverses, on dérive et on aborde très rapidement des situations de travail inédites dont ces femmes n'avaient presque jamais parlé entre elles. Des débats sur leurs pratiques sont alors mis en discussion sous forme critique ou interrogative, sous forme aussi de découvertes. Les auxiliaires viennent toujours nombreuses. On peut penser qu'elles y trouvent un grand intérêt car cela se déroule tout de même de 16H30 à 19H.

La lecture du dossier du numéro 51 de la revue « Santé travail » a été le point de départ d'une réunion de travail. Le jour de la « formation », elles n'avaient jamais été aussi nombreuses à se déplacer et elles avaient toutes le texte en main. Elles étaient extrêmement satisfaites de ce qu'elles avaient lu : « c'est exactement cela, pour presque tout ». En les poussant vers une analyse plus critique sur le contenu du travail, j'ai demandé si l'article n'avait pas occulté certains points, s'il n'y avait pas des manques. Evidemment, il y en avait.

« Mon avenir devant les yeux »...

« Ce qui est le plus difficile pour nous, et cela, je le sens et le vis tous les jours, mais je n'ose pas en parler, sauf à mon mari, c'est qu'on a notre avenir devant les yeux en permanence. Ça envahit ma vie, au point que je pousse mon mari à ce que notre projet de construction de maison s'oriente absolument vers une maison de plain-pied, sans marches, sans escaliers ; en référence aux difficultés que me renvoient tout le temps mes personnes âgées. Ça me perturbe, ces modifications de perception de la vie ! Je n'étais pas comme cela avant ! » Cette femme a une cinquantaine d'années. Ses collègues de la même génération confirment ses impressions et ses interrogations. Elle me dira par la suite, en consultation médicale, que ce retour de perception des autres aides à domicile a été assez apaisant pour elle.

... avec la perte d'autonomie :

Ce problème de la perte d'autonomie chez la personne âgée semble être une situation qui embarrasse beaucoup d'aides à domicile. Le débat est abordé par plusieurs angles d'attaques. D'abord, l'incontinence débutante. Comment s'y prendre lorsque la personne âgée refuse l'intervention de l'aide à domicile ? Exemple : une femme interdit à l'aide ne nettoyer les toilettes. Elle dit qu'elle le fait elle-même. Or elle y cache des protections souillées d'urine, de linge sale, voire des « échappements » autour de la cuvette. Et, bien sûr, il y a les odeurs. L'aide à domicile respecte la demande de la personne âgée et laisse les toilettes. Mais elle est interpellée par le fils qui exige ce nettoyage. L'aide décide de ne pas céder et de respecter la demande de cette personne âgée. Elle comprend la honte, la pudeur et elle explique qu'elle accèdera finalement en douceur à l'autorisation de la personne âgée au moment où la question des fuites urinaires aura pu être abordée et discutée sur son aspect de normalité physiologique relative au vieillissement. Plusieurs disent avoir les mêmes problèmes pour refaire les lits, changer les draps salis. On parle donc de la question de la honte, de la différence entre une maladie d'Alzheimer franche et un déclin cognitif et physiologique qui est toujours conscient pour la personne qui le vit.

Sans oublier les médicaments !

On leur demande de faire prendre les médicaments mais certaines personnes ne veulent pas ! Comment faire ? « On voit bien tous les trucs pour ne pas l'avaler, on le garde dans la main ou on le cache, et nous on le retrouve. Faut-il le dire, faut-il obliger ? » « C'est particulièrement fréquent avec le Lasilix* ! », sont-elles plusieurs à affirmer sur le ton de l'évidence. Sur le moment, je ne comprends pas la raison de cette évidence et j'interroge. « Mais parce qu'elles sont incontinentes et qu'il faut changer plus souvent les protections ! Elles en ont marre de changer les protections ! Alors, parfois on fait semblant de ne rien voir ! Est-ce qu'on ne peut pas avoir des ennuis avec les familles ? » L'histoire du Lasilix* n'était jamais sortie dans les entretiens médico-professionnels individuels !

Aider les aidants :

Mais il y a parfois des événements plus dramatiques telle cette aide à domicile qui, raconte-t-elle, durant son intervention chez un homme vivant seul, s'est retrouvée à devoir gérer la survenue d'un accident grave. Cet homme est tombé dans les escaliers de la cave. Elle l'a entendu, est accourue et l'a trouvé inanimé et baignant dans une flaque de sang. Elle a appelé les pompiers. Elle est restée durant toute l'intervention. Malheureusement cet accident s'est soldé par le décès de son « client ». Le médecin des pompiers s'est contenté de lui donner l'ordre de nettoyer le sang sans aucune attention à son état émotionnel. Elle était en véritable état de choc. « La seule personne qui a prêté attention à moi a été une

femme pompier qui est venue me voir en me demandant comment j'allais. On est des transparentes ! C'est parfois très dur ! ». Elle n'aura, non plus, aucun écho de la famille.

Elaborer collectivement des règles de métier :

La directrice a proposé d'organiser des groupes d'une quinzaine d'auxiliaires de vie pour qu'elles puissent parler ensemble de leur activité et élaborer des pratiques de travail communes. J'ai demandé qui animerait ces groupes. « Personne, malheureusement, nous n'avons pas les moyens de nous payer une psychologue ! », m'a-t-elle répondu. Je ne suis pas psychologue mais je me suis tout de même proposée pour en faire l'animation.

Ce qui est frappant, c'est que j'ai l'impression de ne pas avoir beaucoup de pathologies touchant la sphère musculo-squelettique. Peu d'atteintes des poignets et d'épaules et peu d'atteintes invalidantes de la colonne vertébrale. Pourtant, le métier est pénible physiquement, elles le disent toutes, la pression est permanente car il faut tenir les horaires et se réadapter continuellement à un cadre de travail différent avec des outils variables, il faut être toujours très attentif à l'autre tout en acceptant sans rien dire des réflexions ou des reproches pas toujours justifiés. En fait, je trouve ces femmes en bonne santé.

Je fais l'hypothèse que le peu de maîtrise que leur apporte la possibilité d'accéder à un regard critique ou distancié de leurs façons de faire, d'en comprendre un peu les mécanismes et parfois d'en rire (car elles rient beaucoup quand elles décrivent leurs difficultés ou leurs erreurs) suffit à leur apporter une certaine forme de « détension » qui jouerait sur leur façon de se protéger lorsqu'elles sont en action.

Des textes de F. BARDOT sont disponibles sur le site de la SMT : <http://www.a-smt.org>

QUEL AVENIR POUR LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL ?

La réponse dépend
de chacun
d'entre nous !

Professionnels de la santé au travail

- ◇ Médecins
- ◇ Infirmiers
- ◇ Assistants médicaux
- ◇ Secrétaires médicaux
- ◇ IPRP, ergonomes, psychologues, toxicologues

En adhérant au SNPST, fort du soutien d'un millier de médecins et de professionnels de la santé au travail

- ◆ Vous rejoindrez des collègues qui agissent pour :
 - la prise en charge de la prévention des risques professionnels et de la préservation de la santé des salariés par des intervenants indépendants,
 - une prévention en santé au travail identique quel que soit le statut des salariés.
- ◆ Vous apporterez votre contribution à l'expression des professionnels de santé au travail dans le débat public.
- ◆ Vous participerez à défendre nos professions et nos intérêts.
- ◆ Vous pourrez rencontrer des confrères et collègues qui échangeront, travailleront ensemble pour construire les règles de métiers, décider de nouvelles orientations, trouver des réponses adaptées.
- ◆ Vous pourrez avancer sur les sujets importants : équipes médicales coopératives, pluridisciplinaires, EPP (évaluation des pratiques professionnelles), formation, statut, aptitude.
- ◆ Vous pourrez faire entendre votre voix et être représenté, négocier ou participer au dialogue social.



Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail

Au SNPST

- ◆ On communique
- Des informations régulières sur le fonctionnement, les actions, les négociations, la législation...
- Le JST (journal des professionnels de la santé au travail).
- Le site internet.
- ◆ On échange
- Des groupes de travail et d'échanges auxquels vous êtes invités à participer.
- Des réunions régionales.
- Un congrès national annuel.
- ◆ On vous représente
- Organisé par régions et en branches professionnelles, le SNPST est présent dans tous les secteurs, privés comme publics.

- Le SNPST vous représente auprès des ministères du travail, de la santé et des fonctions publiques.
- ◆ On participe aux négociations
- Le SNPST participe aux négociations paritaires nationales conventionnelles (augmentations salariales, grille des rémunérations...)
- ◆ On vous défend, on vous soutient
- Le service contentieux du SNPST vous défend en cas de problème professionnel et assure votre aide juridique.

Accueil et orientation

SNPST, 12 impasse Mas 31000 Toulouse
Tél. 05 61 99 20 77 - Télécopie 05 61 62 75 66
email : courrier@snpst.org - site : www.snpst.org
Horaires du secrétariat : lundi 13h30-17h30, du mardi au jeudi : 8h00-12h00 et 13h00-17h30, le vendredi 8h00-12h00

>> suite de la page 1 >>

conduisent, en 2005, à l'adoption par le gouvernement d'un Plan Santé-Travail qui est le premier plan coordonné de mobilisation que nous ayons connu dans le domaine. Une série d'actions est donc programmée : mise en place de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) chargée de l'évaluation des risques, renforcement du pôle Santé-Travail de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) chargé de la surveillance des populations, développement de la recherche, renforcement du contrôle, refondation des instances de concertation et de pilotage de la santé au travail, développement de la formation et de l'information... Il s'agit de la part des pouvoirs publics d'une prise de position sans précédent qui laissera certainement des traces.

LA RÉORIENTATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL :

Aptitude - Inaptitude

L'impasse dans laquelle se trouve la médecine du travail du fait de sa focalisation sur l'aptitude était apparue de façon particulièrement crue avec l'histoire de l'amiante. La question rebondit en 2001 lorsque le décret sur la prévention des expositions aux agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction réaffirme la notion d'absence de contre-indication médicale à cette exposition. En 2003, le Comité National d'Éthique conclut que ces dispositions introduisent "... de véritables difficultés éthiques, sur le plan de la symbolique et de la pratique des médecins du travail" et que la question de l'aptitude doit être revue. En février 2005, le Plan Santé Travail affirme la nécessité de repenser la question de l'aptitude. A partir des années 80, un droit de l'inaptitude, distinct du droit de l'aptitude, s'est progressivement dégagé. En cas de problème de santé rendant difficile la tenue du poste, le médecin doit donner des indications sur les aménagements nécessaires. En cas de rupture du contrat de travail, les tribunaux accordent une grande importance à la prise en compte de ces avis par l'employeur. La fonction d'amélioration des conditions de travail prend donc le pas sur la fonction de sélection.

Pluridisciplinarité et action en milieu de travail

En vue de mettre le dispositif de santé au travail en conformité avec la directive cadre de l'Union Européenne, les services de médecine du travail sont transformés en services de santé au travail qui doivent s'orienter vers la pluridisciplinarité. Les médecins demeurent cependant les principaux intervenants. Les textes visent donc à réorienter leur activité vers l'action en milieu de travail (Décret du 28 juillet 2004) en précisant que le médecin

devra consacrer au moins 150 demi-journées à ses missions en milieu de travail.

Au cours des dernières décennies, de nombreux médecins du travail se sont engagés dans la recherche de modalités d'intervention plus efficaces. L'affirmation de l'orientation préventive comme la levée des ambiguïtés liées à la place de l'aptitude ouvrent la perspective d'une libération de ce riche patrimoine et d'une évolution rapide du dispositif. Des questions restent cependant en suspens. Le développement de la biologie moléculaire laisse penser à certains que, dans un avenir proche, la médecine du travail pourrait enfin disposer d'outils susceptibles de donner un contenu scientifique à son programme initial d'orientation biologique de la main-d'œuvre. L'importance croissante que prennent les questions de sécurité, en particulier dans les transports, relance, elle aussi, la problématique de l'aptitude. La tentation est donc encore très perceptible de ramener les médecins du travail à leur fonction initiale de tri de la main-d'œuvre. Le risque n'a donc pas totalement disparu de voir le système de médecine du travail maintenu dans une ambiguïté paralysante.

La responsabilité des employeurs

Autre évolution majeure : l'affirmation très forte de la responsabilité des employeurs en matière de santé au travail. Sous la poussée des associations de victimes, le système de réparation forfaitaire des atteintes à la santé par le travail est en train de céder. L'évolution vers une réparation intégrale est engagée. L'employeur a l'obligation de procéder à une évaluation a priori des risques qu'il fait courir à ses salariés et il doit en rendre compte dans un document dont la forme est légalement définie (décret du 5 novembre 2001). Ces responsabilités nouvelles de l'employeur en termes d'évaluation et de prévention des risques apportent des perspectives intéressantes pour la prévention. Cela suppose cependant que les salariés soient capables de tenir leurs positions dans ce débat.

Les salariés

Pour la plupart, les évolutions que nous avons évoquées ont pour objectif une mise en visibilité et une prise en charge des questions de santé au travail dans le débat social au sein même de l'entreprise. C'est l'équilibre entre la responsabilité assumée par l'employeur et le contrôle par les salariés et leurs représentants qui assure, en principe, la cohérence du système.

Il faut donc évoquer une autre particularité de l'histoire sociale française : l'action sur les conditions de travail n'est pas le terrain sur lequel les organisations syndicales disposent de la tradition la plus solide.

Le mouvement syndical français a connu une période

d'importante mobilisation sur les questions de santé au travail dans la période 1936-1939 mais cette mobilisation ne s'est pas poursuivie après la libération. Il faudra attendre les grèves des années 70 pour voir émerger à nouveau les questions touchant aux conditions de travail, plutôt relayées alors par la CFDT.

Au début des années 80, les lois Auroux renforcent les prérogatives des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Le droit d'expression des salariés sur leurs conditions de travail est inscrit dans la loi, de même que le droit d'alerte et le droit de retrait en cas de danger grave et imminent. Cette éclaircie n'est pourtant que de courte durée. La montée du chômage entraîne un nouveau recul. Dans les années 80, l'emploi prend le pas sur le travail. Le taux de syndicalisation recule au point d'être aujourd'hui un des plus faibles du monde occidental (8 à 9 % et seulement 5% dans le secteur privé).

L'évolution des situations auxquelles nous sommes confrontés en tant que spécialistes de la santé au travail témoigne de la perte du pouvoir d'agir des salariés. La fragmentation des collectifs de travail, l'individualisation des évaluations, la mise en concurrence des individus, le chantage aux délocalisations, la peur du chômage réduisent considérablement les capacités d'expression des salariés. Dans le même temps, la diversité et la variabilité croissantes des expositions au cours d'un parcours professionnel rendent de plus en plus difficile le repérage des effets sur la santé et leur attribution à tel ou tel élément des conditions ou de l'organisation du travail. Cette invisibilité croissante des atteintes à la santé associée au silence des salariés ouvre la possibilité d'un fonctionnement purement formel et routinier des dispositifs mis en place.

Ces questions sont évidemment perçues dans le monde syndical. Des efforts sont engagés pour développer les pratiques syndicales dans le champ de la santé au travail. Cependant, la question de l'action des salariés n'engage pas que le seul syndicalisme. Inverser les logiques de fragilisation et amorcer la reconstruction d'un réel pouvoir d'expression et de participation des salariés est une exigence pour le fonctionnement même de la démocratie. C'est en tous cas sur ce terrain que se jouera la question, à terme, de l'efficacité des mesures actuelles dans le champ de la santé au travail.

L'intégralité de l'intervention de Ph. DAVEZIES, enseignant chercheur en médecine et santé au travail, est disponible sur le site du SNPST.

De nombreux textes de Ph. DAVEZIES sont accessibles sur : philippe.davezies.free.fr

2007 : une année riche en projets syndicaux !

Par Mireille Chevalier

La prévention de la santé au travail est en pleine mutation et les métiers ainsi que les conditions d'exercice des professionnels de la santé au travail sont appelés à changer. Les professionnels de la santé au travail doivent être acteurs de ce changement pour obtenir une prévention en santé au travail encore plus efficace, répondant pleinement à leur mission de "préservation de la santé des travailleurs du fait de leur travail". Le SNPST s'implique aussi pour l'avenir de ces professionnels (indépendance, formation, moyens mis à leur disposition).

Plusieurs chantiers sont d'actualité :

Dernièrement, le SNPST a été reçu par M. Gosselin dans le cadre de sa mission sur l'aptitude, et par l'IGAS qui doit rendre un rapport sur le bilan du dernier décret d'application sur la médecine du travail et doit faire des propositions visant à améliorer le fonctionnement des services de santé au travail. L'association E-pairs s'organise, afin de donner aux

médecins du travail les moyens d'une évaluation des pratiques professionnelles indépendante et reposant sur les professionnels de terrain. L'investissement de chacun doit aider à renforcer l'action du syndicat.

C'est pourquoi vous pouvez :

- Vous présenter sur une liste SNPST aux élections DP-CE de votre service.
- Demander à être nommé délégué syndical si vous êtes dans un service de plus de 50 salariés ou si vous êtes déjà élu DP.
- Proposer l'adhésion au SNPST et diffuser sa plaquette de présentation (en page 7 de ce numéro) à tous les professionnels de santé au travail de votre entourage. La plaquette est accessible sur le site du syndicat : snpst.org

Une mobilisation du plus grand nombre est indispensable pour une plus grande efficacité du syndicat.

>> Le SNPST à votre écoute >>

POUR NOUS CONTACTER : courrier@snpst.org

Le site du Syndicat : <http://snpst.org>

Coupon d'Abonnement

- Oui je souhaite m'abonner au**
Journal des professionnels de la Santé au Travail
au prix annuel de 50 €

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)

Mme, M.
Rue
Ville Code postal
Tél. Mail

Règlement : Chèque à l'ordre de M. le trésorier du SNPST

12 impasse Mas, 31000 Toulouse • Tél : 05 61 99 20 77 • Fax : 05 61 62 75 66 • Courriel : courrier@snpst.org

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 25

JANV./FEV.
2007

12 impasse Mas • 31000 Toulouse

Tél. 05 61 99 20 77

Fax : 05 61 62 75 66

<http://snpst.org>

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

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédactrice en chef :

Marie-Christine Cabrera Limame

Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier

Chefs de rubrique :

UNE : Mireille Chevalier

ACTUALITES SYNDICALES : Gilles Arnaud

CONTENTIEUX : Michel Hamon

TERRAIN ET CHANTIER : M.C Cabrera Limame

INSTITUTIONS : Maryline Blavette

ENTRETIEN : Jean-Michel Sterdyniak

Ont collaboré : Ph. Davezies, P. Westerholm,
A. Madmouj, F. Bardot, J.P. Menade

Conception éditoriale et graphique :
Betty Bente Hansen

Publicité et abonnement : Micheline Chevalier

Commission paritaire : 1011 S 05549

Imprimerie des Capitouls,
4, avenue Georges Clémenceau - 31130 Balma