

Sommaire

- Actualité du syndicat** ... p 2
- La santé, un ministère pour le travail aussi!
 - Contentieux : contrôle d'alcoolémie en entreprise et professionnels de la santé au travail
- Terrain** p 3
- Enquête sur les violences faites aux femmes au travail en Seine Saint-Denis
- Institutions** p 4
- Cadmium et cancer du poumon : un nouveau tableau de MP inacceptable en l'état
- Point de vue sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en santé travail
- Interview** p 5
- Michel VEZINA : un cousin québécois analyse la santé travail "à la française"
- Chantier** p 6
- Analyse de l'avis du CES
- Eurêka** p 7
- Evaluer les pratiques en médecine du travail

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 32**JUIN 2008****>> Editorial****En attendant la réforme :**

Après le rapport de l'IGAS, celui du Conseil Economique et Social. Qui fera la synthèse de ces rapports successifs ? On pourrait la demander à notre cousin québécois ...

Le cœur des métiers : l'équipe médicale en expérimentations trop souvent dérogées. Les IPRP : quelle place ? Quel statut ? Et il faut évaluer tout ça !

La longue lutte de la reconnaissance des cancers professionnels et les insuffisances du tableau sur le cadmium et le cancer du poumon : le lutteur Pézerat est toujours sur le pont !

Violences sexuelles faites aux femmes au travail : pourquoi ce serait un sujet tabou ?

Et le rattachement de la santé au travail au Ministère de la Santé, ce serait un sujet tabou aussi ?

Il ne saurait y avoir réformes sans ruptures ! Nous en mettons quelques unes en débat dans ce numéro.

**Godot,
alias Jean-Claude Guiraud**

Equipes médicales en services inter-entreprises : le pire et le meilleur ...

Par Gérard Lucas et Marie-Christine Cabrera Limame.

La pénurie démographique des médecins du travail amène les services de santé au travail inter-entreprises à compenser par le recrutement d'infirmières. Mais alors que le SNPST a élaboré un projet d'équipes médicales coopératives où la place de l'infirmière en santé au travail (IST) est pensé à partir de ses compétences pour améliorer l'approche médicalisée et les conditions de travail, les services, eux, embauchent des infirmières dans une logique comptable d'exécutions des tâches. Nous vous proposons un tour de France des expérimentations officielles (à réglementation constante) et sauvages (dont la Direction des Relations du Travail ne veut pas entendre parler !)

Commençons par les « officielles » :

A Bordeaux, une IST réalise à la chaîne des examens complémentaires, des examens techniques ou des remplissages de dossier pour plusieurs médecins qui n'auraient plus qu'à lire et tamponner la fiche d'aptitude. Le gain de temps précieux escompté s'avère en fait très limité et le mode de travail peu satisfaisant tant pour les médecins qui ne s'y retrouvent pas que pour l'infirmière confrontée à des consignes divergentes et à un stakanovisme démotivant. Dommage qu'on ne s'interroge pas aussi sur la finalité de la médecine du travail et sur l'utilité d'examen systématisés...

L'AMEST, Service de Santé au Travail de Lille, organise des consultations infirmières menées par une salariée du SSTRN (Service Social du Travail de la Région Nord) Passons sur le montage financier où les entreprises paient un service inter-entreprises pour une prestation réalisée par une autre... Les entretiens portent sur le travail sur écran : conseils techniques d'aménagement de poste (siège ergonomique, lampe de bureau et repose-pied) L'infirmière n'a pas l'opportunité de travailler sur l'analyse de l'activité. Un questionnaire est rempli par l'infirmière : il est lu (ou pas) par le médecin concerné. L'expérience a le mérite de montrer que l'entretien médico professionnel pratiqué par l'infirmière est bien perçu par les salariés. Les 6 médecins volontaires lui confient les « cas difficiles » : personnes « psy » et salariés alcooliques. Pas toujours évident de travailler avec tant de prescripteurs différents ...

Sur Epinal, c'est à partir du questionnaire EVREST (Etude Veille en Réseau Santé travail) conçu pour une veille épidémiologique, que les infirmières recrutées effectuent des consultations médico professionnelles et doivent conclure sur un « bon » ou « mauvais » équilibre du salarié. En quelque sorte, un tri avec des sous-aptitudes !

Des initiatives « sauvages » que les MIRTMO suivent attentivement et que le ministère ignore !

Dans les Pyrénées c'est un médecin du BTP qui propose de suivre 4500 salariés avec 2 infirmiers en maintenant ainsi une consultation médico-professionnelle annuelle, en multipliant par 3 le temps de présence sur le terrain en entreprise et en améliorant les indicateurs santé travail traçables sur un dossier médical commun. Malgré une réflexion intéressante sur l'intérêt de la prévention primaire et l'orientation santé travail, la délégation aux 2 infirmiers reste quantitative avec maintien de l'avis d'aptitude signé par le médecin, et l'articulation avec la prestation IPRP n'est qu'évoquée.

Dans les Yvelines, le recrutement d'IST est mis en œuvre pour réaliser des visites médicales à partir d'un protocole de questionnements santé travail divers. Elles se solderaient par une attestation de visite infirmière transmise au médecin référant. L'infirmier pourrait continuer à exercer ses autres tâches de vaccination, d'éducation à la santé, d'information sur les risques professionnels. Cette démarche semble encore peu élaborée sur les problématiques de coopération et de délégation et surtout sans présentation de réflexion sur la santé au travail.

A Bourges, l'embauche d'une infirmière par le directeur du service avec l'appui du Médecin Inspecteur a mis les médecins devant le fait accompli, sans réflexion, ni débat sur le contenu du poste, sur les objectifs du service rendu, sur le travail en équipe. Il reste toujours à l'IST les bandelettes urinaires...

A Soissons, l'infirmière complète un questionnaire « bricolé » à partir d'EVREST.

A Lens Liévin, EVREST encore : officiellement, les 19 médecins pratiquent cette démarche. Dans les faits, l'infirmière les a inscrits, jongle avec leurs codes d'accès, remplit les questionnaires et saisit les données informatiques.

dire... Fallait le dire... Fallait le dire**Qualité de vie au travail et chagrin d'amour ...**

Une PME japonaise (dirigée par une femme) a mis en place un congé payé en cas de peine de cœur consécutive à une rupture sentimentale. Si la jeune femme a moins de 24 ans, elle a droit à un jour ; entre 25 et 29 ans : 2 jours et pour les employées de plus de 30 ans : trois jours.

Mme Miki Hiradate explique : « C'est plus compliqué pour les trentenaires. On est plus atteinte, démotivée. Une femme blessée pleure beaucoup. Ses yeux rougissent et grossissent. Il lui est très difficile de reprendre le travail le lendemain. » Continuant sur la voie du « gentil management » cette directrice a également instauré deux demi-journées de congé par an pour les soldes.

Qu'en pense Mme Parisot ?

MC Cabrera Limame



>>Actualité syndicale>>

LA SANTE : UN MINISTERE POUR LE TRAVAIL AUSSI !

Par Gilles Arnaud

Les indicateurs de santé concernant les travailleurs salariés sont de plus en plus inquiétants. Le différentiel d'espérance de vie (8 ans entre les cadres et les ouvriers non qualifiés) résume à lui seul l'influence des conditions de travail sur l'état de santé. Le facteur travail constitue bien un déterminant central de l'état de santé des populations. Dans l'expression « perdre sa vie à la gagner » qui reste malheureusement d'actualité, il y a l'idée de santé d'abord et de travail en second. Ce schéma est à promouvoir. Aussi la tutelle du Ministère de la Santé sur les questions de santé au travail est-elle nécessaire.

PRIMAUTE DE L'ECONOMIE DANS LE MONDE DU TRAVAIL :

Les pathologies, en lien avec le travail, décrites comme banales, au sens où elles n'ont pas, ou rarement, une étiquette spécifique ont en commun un déterminant qui est le travail. Dans cette logique, les questions de santé au travail dépendent du Ministère du Travail. Les politiques de santé au travail reposent sur ce postulat. Ainsi, X. Bertrand est conduit à négocier en permanence avec les partenaires sociaux sur les questions de droit du travail incluant les questions de conditions de travail et de santé au travail inscrites dans le code du travail aux articles L 241 et R 241. Les thèmes de santé au travail sont abordés par les partenaires sociaux, au gré de médiatisations : accord de 2000 suite aux questions soulevées par l'affaire de l'amiante, négociations sur le stress au travail après des suicides chez Renault. Au Ministère du Travail la question centrale d'une réglementation de l'organisation du travail, domaine de l'employeur, est posée. Les conclusions des dernières négociations montrent bien qu'il est impossible d'en arriver là. Lorsque les partenaires sociaux négocient en même temps les salaires, le temps de travail et les questions de prévention en santé au travail, le champ santé travail risque d'être traité comme variable d'ajustement... La stratégie des entreprises repose aussi sur la primauté de l'économie. Les conditions de travail sont négociées localement avec le préalable de l'emploi. Les professionnels de santé au travail peuvent témoigner du poids de la précarité sur le refus des salariés, soit de demander un aménagement du poste de travail, soit une mutation, soit une déclaration de maladie professionnelle.

PRIMAUTE DE LA SANTE DANS LE MILIEU DE TRAVAIL :

La mise en place de politiques nationales à la hauteur des enjeux de bien être et « d'économie » de la santé peut se décider à la condition expresse d'avoir une vision globale de la santé publique. La santé au travail étant un déterminant central de la santé publique, il est évident que le Ministère de la Santé a besoin des indicateurs santé travail pour mettre en place les politiques ad hoc de santé publique. Lorsqu'on observe les écarts de valeur des normes de protection entre celles édictées par le Ministère du Travail et celles du Ministère de la Santé pour un même polluant, on mesure le poids de la négociation. Par exemple, les plombémies acceptées dans le milieu de travail sont supérieures à celles tolérées dans l'environnement ! Le Ministère de la Santé doit réglementer en terme de santé, y compris de santé au travail mettant ainsi le travailleur à l'abri des enjeux économiques.

DES PROFESSIONNELS PLUS EFFICACES ...

C'est une évidence : les professionnels, médecins du travail et infirmières en santé au travail sont attachés culturellement au Ministère de la Santé. La spécialité Santé Travail doit devenir « l'œil de la médecine toute entière sur le travail » et ainsi créer de véritables réseaux avec les autres spécialités. Le recueil d'indicateurs, l'information sur les expositions, la mise en place de programmes de recherches en santé travail sont une des clés de la compréhension et de la prévention des pathologies. Et c'est bien le Ministère de la Santé qui doit en être le maître d'œuvre. Les questions essentielles, de formation initiale indépendante, de démographie

médicale... relèvent d'abord du Ministère de la Santé. On connaît les difficultés de défendre le point de vue de la santé envers et contre les intérêts économiques de l'entreprise, milieu conflictuel, non démocratique par définition. Confier la tutelle des professionnels au Ministère de la Santé, c'est certainement leur donner des garanties d'exercice plus favorables à leur mission au profit de la santé des travailleurs.

PRATIQUER LA PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL EN PREMIER !

Si le Ministère du Travail et les partenaires sociaux tiennent à la santé au travail, le Ministère de la Santé semble vouloir phagocyter le réseau pour déployer ses politiques de santé publique. A l'heure actuelle les professionnels de la santé au travail pratiquent, à l'occasion des consultations de santé au travail, de l'information, de la sensibilisation et du dépistage sur des questions de santé publique et cette pratique n'est pas condamnable. Quel professionnel de santé dépisterait une pathologie sans la prendre en considération ? Par contre la réciproque est improbable : quel praticien de soins s'inquiète de l'origine professionnelle d'un cancer du poumon chez un fumeur ? Il faut d'abord clarifier ce chevauchement des champs d'intervention. L'activité de prévention est globale. Les professionnels de santé au travail auront toujours à pratiquer la prévention en santé au travail en premier et à défendre cette position.

Le rattachement de la prévention en santé au travail au Ministère de la Santé représente du point de vue du SNPST, une formidable occasion de progresser dans ce domaine. Il y a des enjeux considérables en terme de bien être au travail et d'économie de la santé.

Contentieux

Contrôle d'alcoolémie en entreprise et professionnels de santé au travail



Par Michel HAMON

Dans quelles conditions peuvent être réalisés des contrôles d'alcoolémie sur le lieu de travail? Au fil du temps, la réglementation et la jurisprudence ont construit un cadre qui s'impose aujourd'hui aux employeurs et aux salariés. Pour être licites, ces contrôles doivent répondre à 3 critères principaux : ils doivent être prévus au règlement intérieur, la contestation par le salarié contrôlé doit être possible et la nature du travail effectué doit être susceptible d'exposer les personnes ou les biens à un danger (ex : conducteurs d'engins, manipulation de produits

dangereux...) Si l'objectif est, à l'origine, de faire cesser une situation manifestement dangereuse, il est admis depuis un arrêt de la cour de cassation du 22 mai 2002 que le résultat positif d'un contrôle d'alcoolémie puisse déboucher sur une sanction basée sur le manquement à l'obligation de sécurité. Le contrôle peut concerner également un salarié présent sur le site de l'entreprise mais non lié directement par un contrat de travail à l'employeur (arrêt du conseil d'état du 1er juillet 1988 - RNUR) Le recours aux tests de dépistage peut être motivé par un comportement évocateur mais la possibilité de contrôle systématique est également admise sous réserve que le règlement intérieur fixe la liste des postes de travail concernés et les conditions de réalisation (fréquence notamment) Toute personne désignée par l'employeur peut effectuer ces contrôles, mais pas le médecin du travail (réponse ministérielle à une question à l'assemblée nationale du 20 mars 2000) La présence d'un tiers est souhaitable, mais non obligatoire. Cette possibilité donnée à l'employeur d'utiliser un test de dépistage pour répondre à une obligation de sécurité

ne doit pas interférer avec les missions du personnel médical ou infirmier des entreprises. Si la situation semble assez claire pour les médecins, ce n'est pas toujours le cas pour les infirmières. Si on ne leur demande pas de réaliser elle-même le contrôle, leur présence est quelquefois requise lors de celui-ci. Cette disposition est parfois prévue au règlement intérieur. Ceci est **incompatible avec la fonction du personnel infirmier** et notamment l'article R4312-20 du code de santé publique qui précise que « l'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche... » Il s'agit ici d'une activité de **contrôle** qui n'entre pas dans les missions de soins et de prévention pour lesquelles une relation de **confiance** avec chaque salarié est indispensable. Le règlement intérieur doit être soumis aux représentants du personnel et au CHSCT et transmis à l'inspecteur du travail. Leur attention doit être particulièrement attirée sur des clauses inacceptables pour les professionnels de santé au travail.

Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail

Par Patricia Dominguez, secrétaire médicale et Jean-Michel Sterdyniak, médecin du travail

Répondant à une forte demande sociale, le service inter-entreprise de santé au travail de Seine-Saint-Denis dans lequel nous travaillons a proposé d'effectuer une enquête sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail. Si celles-ci représentent, comme l'a montré une enquête nationale (ENVEFF, 2000) un phénomène d'une particulière ampleur et gravité, leur réalité dans le monde du travail est mal connue. Les données sont pourtant indispensables pour orienter les politiques publiques et la prévention.

C'est à l'occasion d'une réunion de la sous-commission « Prévention du harcèlement sexuel au travail » de la Commission départementale d'action contre les violences faites aux femmes (services de l'État, Conseil Général, associations de défense des droits des femmes, service de santé au travail) que s'est faite jour la volonté de travailler sur un état des lieux dans le département. L'objectif était de mieux cerner le phénomène qu'on a des raisons de croire important mais également de sensibiliser les professionnels. À cette fin, un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué (voir encart). En proposant cette étude, notre service de santé au travail s'inscrivait dans une action régionale définie comme une priorité par les institutions et le mouvement associatif du département et remplissait sa mission de santé publique. Dès le départ, on notait une forte implication de l'ensemble du personnel et particulièrement des secrétaires médicales. Au préalable, une information et formation des secrétaires et médecins du travail avait été organisée dans le service, avec la participation de l'Association contre les violences faites aux femmes (AVFT) et de la Délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité (DDDFE 93). Un dossier complet a été fourni afin d'outiller les acteurs face aux éventuelles questions des femmes victimes de violence. Les assistantes avaient comme consigne d'aider, avec tact et discrétion, les personnes ayant des difficultés de langue à remplir le questionnaire.

L'enquête ...

Cette enquête, première de ce type en France, s'est déroulée entre le 4 juin et le 13 juillet 2007. Un questionnaire anonyme a été proposé systématiquement aux salariées qui avaient déjà eu une activité professionnelle, à l'accueil des centres de médecine du travail lors de la visite médicale. Parallèlement, des plaquettes d'information avec les adresses des institutions et associations concernées par le sujet dans le département, ont été mises à disposition dans les salles d'attente. Environ 1900 femmes salariées de Seine-saint-Denis ont été sollicitées pour participer à cette enquête. 5,5 % des personnes interrogées ont soit refusé de répondre au questionnaire soit l'ont retourné vierge. Des réponses incomplètes sur des données indispensables ont également conduit à éliminer de l'exploitation de l'enquête 11,3 % des réponses. Au total, 83,2 % des réponses ont été exploitées, soit 1545 questionnaires. Les questions portaient sur les violences subies au cours des douze derniers mois uniquement et il faut lire ces résultats à la lumière de cette durée réduite. Il convient de noter que ces réponses sont déclaratives. Compte tenu du déni concernant la problématique des violences en général, on peut faire l'hypothèse qu'il existe un phénomène de sous-déclaration des violences, et notamment des plus graves. Les questions posées listent

une série de violences faites aux femmes. Elles suivent une progression, de l'agression verbale à l'agression physique, jusqu'au viol. Un traitement statistique a été effectué afin d'obtenir une bonne représentativité pour l'ensemble des salariées du département. Les résultats obtenus nous renseignent sur la nature et la fréquence des différentes formes de violences sexuelles au travail ainsi que sur leurs suites professionnelles, personnelles et judiciaires. Ils seront présentés et discutés au congrès de médecine et de santé au travail de Tours. Ce que l'on peut déjà dire, c'est que notre enquête a mis au jour des phénomènes d'une ampleur insoupçonnée et des faits inquiétants. Elle confirme que les violences sexuelles touchent surtout les femmes jeunes et que le statut marital est protecteur. Néanmoins, toutes les femmes et tous les secteurs d'activités sont touchés.

... et ses résultats :

Le harcèlement sexiste est fréquent. On observe que 45 % des femmes déclarent avoir entendu des blagues sexistes ou sexuelles au travail. 14 % des femmes déclarent être confrontées à la présence de la pornographie sur leur lieu de travail. Celle-ci se manifeste par le biais de calendriers, de messages électroniques, d'images pornographiques sur l'écran d'ordinateur ou un affichage sur les murs. 13 à 14 % des femmes déclarent avoir été l'objet d'avances sexuelles verbales non désirées, ou subi des attitudes insistantes ou des gestes déplacés au cours de l'année passée. 9% des femmes déclarent avoir reçu des avances sexuelles agressives au cours de l'année passée. 2 à 2,5 % des femmes interrogées ont subi un « pelotage » ou déclarent s'être trouvées coincées par quelqu'un voulant les embrasser. 1,6 % des salariées de Seine-saint-Denis déclarent avoir eu affaire à un voyeur dans le cadre du travail au cours de l'année écoulée et 1,5 % à un exhibitionniste. 0,4 % des femmes interrogées déclarent avoir été victimes d'attouchements sexuels au cours de l'année passée. Rapportée à la population salariée féminine de Seine-Saint-Denis, cela représenterait entre 150 et 1 000 attouchements sexuels par an. 0,6 % des femmes interrogées déclarent avoir été obligées de subir un rapport sexuel contre leur gré. Cela représenterait entre 300 et 1 500 personnes dans le cadre du travail chaque année, pour 150 000 femmes salariées dans le département.

Analyse :

Tous ces chiffres sont péjoratifs, mais sont malheureusement en accord avec ceux d'une enquête menée en 2006 sur les violences sexuelles envers les jeunes filles de 18 à 21 ans. Au total, le harcèlement sexiste (blagues sexistes, injures, présence de pornographie sur le lieu de travail) est fréquent : 56,5 % des salariées

disent y avoir été confrontées, une ou plusieurs fois au cours de l'année écoulée. 22,3 % des femmes travaillant en Seine-Saint-Denis disent avoir subi un harcèlement sexuel, une agression sexuelle ou un viol au travail. Les violences les plus graves (exhibition d'organes sexuels, « pelotage », baisers forcés, attouchements sexuels, rapport sexuel) ont concerné 4,6 % des salariées du département. En contraste, les victimes en parlent peu et les recours judiciaires sont rares. La moitié des victimes n'en parle à personne dans l'entreprise et 84 % n'en parlent à personne en dehors de l'entreprise. 12 % se confieraient à leur médecin traitant. Il est également à noter qu'environ 1% seulement en a parlé au médecin du travail. En cas de violences graves, les conséquences sur la vie professionnelle et personnelle sont fréquentes et parfois graves. Si l'on prend les violences dans leur ensemble, 97 % des femmes n'ont pas engagé de suites judiciaires et 3% ont entrepris une démarche. Si on se focalise sur les violences plus graves, la proportion d'actions judiciaires augmente à 8 %.

Conclusion

Cette enquête, la première de ce type, rend visibles les violences sexuelles au travail et contribue à y sensibiliser. La grande adhésion à cette enquête montre l'importance attachée à cette question par les femmes et les professionnels. L'ampleur des réalités nécessite une démarche diagnostique et une politique de prévention plus volontaristes.

Composition du groupe de travail :

- G. AMOUSSOU, juriste (AVFT)
- P. DOMINGUEZ, secrétaire médicale (AMET)
- D.FOUGEYROLLAS, sociologue (IRISES - CNRS)
- A.GILLET, MIRTMO (DRTEFP IDF)
- S. LE CLERC, déléguée départementale (DDDFE 93)
- M.-C. MARGEOT, directrice adjointe du travail (DDTEFP 93)
- F. RAGEAU et C. STEPIEN, statisticiens (DRTEFP IDF)
- J.-M. STERDYNIK, médecin du travail (AMET)
- C. THOMASSIN, MIRTMO (DRTEFP IDF)

>> **Institution** >>

Cadmium et cancer du poumon : un nouveau tableau de maladie professionnelle inacceptable en l'état.

Par Henri Pezerat, toxicologue

Un nouveau tableau, le 61 bis (JO du 15 décembre 2007) inscrit le cancer broncho-pulmonaire comme maladie professionnelle dans deux cas seulement d'exposition à des composés du cadmium. Sont ainsi écartées les expositions dans les fonderies primaires de zinc et de plomb, c'est à dire là où le cadmium est extrait du minerai originel, et dans les multiples usages du cadmium dans divers alliages, en soudage basse température, dans l'électronique, le nucléaire, etc. Mais, encore plus grave, le tableau inscrit une nouvelle clause limitative, en l'occurrence la nécessité « d'un temps écoulé depuis le début de l'exposition de 20 ans » En d'autres termes, il est introduit dans un tableau de maladie professionnelle, pour la première fois, la condition limitative d'un temps de latence de 20 ans, ce qui va probablement conduire le M.E.D.E.F. et la C.G.P.M.E. à demander la généralisation d'une telle clause restrictive à tous les cancers solides inscrits dans des tableaux (cancer des poumons, de la vessie, des os, etc.) Qui plus est, une telle clause n'est pas compatible avec le 3^{ème} alinéa de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale, ce qui a conduit les organisations syndicales et la FNATH à déposer un recours en Conseil d'Etat.

Il n'existe aucune étude sérieuse définissant le temps de latence minimum nécessaire à l'apparition de cancer

après exposition aux divers composés du cadmium, du nickel, du chrome, du fer, etc., sous forme de poussières minérales. Les temps de latence varient avec divers paramètres : nature des composés en cause, (oxydes, sulfure, etc.) écart à la stœchiométrie, présence d'impuretés ou d'additifs, facteur de forme des particules, granulométrie. Qui plus est il n'existe pratiquement pas de cas de mono exposition au cadmium. Les poly expositions sont quasiment la règle. Fixer un temps de latence minimum de 20 ans revient donc à introduire une condition limitative arbitraire à la reconnaissance de la pathologie professionnelle. Arbitraire, car le rapporteur lui-même, devant la Commission des maladies professionnelles précise « qu'il lui paraît tout à fait concevable qu'elle (la durée entre le début de l'exposition et la survenue de la maladie) soit plus faible » (cf l'avis de la Commission du 30 mars 2006.) Le rapporteur aurait pu ajouter qu'il existe un texte de la C.E indiquant, pour les cancers, que le temps de latence est généralement de 10 à 40 ans, d'où il aurait pu proposer un temps de latence minimum de 10 ans au lieu de 20 ans. Mais, compte tenu du précédent fâcheux d'autres tableaux qui imposent une durée d'exposition de 10 ans (condition qui figurait également dans le projet du tableau 61 bis) l'ajout d'un temps de latence de 10 ans minimum devenait redondant.

Dans ce rapport il aurait été souhaitable de rappeler une étude très récente (2006) de Nawrot et al. (équipe de Louvain), dans le Lancet, dont la conclusion est sans équivoque : soit « **une association significative entre le risque de cancer du poumon et une exposition environnementale au cadmium** » Ce qui oblige à considérer qu'il y a risque même pour les faibles expositions, d'où l'absence de justification à ne retenir que deux types de travaux, démarche contradictoire avec l'appréciation du CIRC en 1993 (classement en groupe 1)

Le temps n'est-il pas venu de dépasser le travail en circuit fermé des représentants des salariés au sein de la Commission des maladies professionnelles ? N'est-il pas aujourd'hui indispensable de créer un large groupe de travail à l'initiative des Confédérations, de la F.N.A.T.H., des syndicats de médecins du travail et des associations, s'appuyant sur le réseau des C.H.S.C.T. et sur tous les militants, y compris chercheurs, médecins et enseignants, du champ santé-travail ?

Cet article est la synthèse d'un document disponible sur notre site. Par ailleurs, la revue Préventive propose un texte d'H. Pezerat sur ce sujet dans son numéro d'avril 2008.

Point de vue sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en santé travail

Par Xavier Poupart, Intervenant de Prévention des Risques Professionnels (IPRP)

Le développement de la pluridisciplinarité en service de santé au travail (SST) favorise de nouvelles stratégies d'action et un nouveau positionnement des services de santé au travail vis-à-vis des entreprises. Si cette évolution peut être jugée positive, elle comporte néanmoins des limites qu'il s'agit de ne pas ignorer.

De nouvelles stratégies d'action

Au delà des apports spécifiques des IPRP pour la prévention des risques, le développement de la pluridisciplinarité favorise un repositionnement stratégique des services de santé au travail et du médecin du travail. Dans les petites et moyennes entreprises, qui ont peu l'habitude de solliciter des intervenants externes, l'intervention d'un IPRP permet de rompre le statu quo peu dynamique dans lequel la médecine du travail est parfois cantonnée : le médecin du travail s'occupe des visites - pour ne pas dire de l'aptitude - le reste, ça n'est pas de son domaine.

Le nouveau cadre réglementaire repositionne les services de santé au travail comme prestataire de services auprès des entreprises. En forçant le trait, ce n'est plus l'entreprise qui est « l'obligée » de la médecine du travail quand elle doit libérer les salariés pour la visite médicale, mais le service de santé au travail qui (re)devient « l'obligé » de l'entreprise dans la mesure où il est censé fournir les moyens permettant à l'entreprise de mieux maîtriser les risques professionnels. Cette posture de prestataire change le rapport entre le SST et l'entreprise, entre le médecin du travail et l'employeur. Elle réaffirme le rôle de conseil que le SST avait parfois du mal à faire entendre et à mettre en œuvre.

Le médecin va jouer des possibilités offertes par le développement de la pluridisciplinarité pour « se remettre en scène » dans l'entreprise. Certaines interventions pluridisciplinaires sont engagées autant pour favoriser le repositionnement du SST que pour les résultats attendus de la prestation. Réaffirmer le rôle de conseil, démontrer le professionnalisme des prestataires et établir la confiance avec l'employeur sont parfois les véritables objectifs de l'intervention de l'IPRP parce l'atteinte de ces objectifs conditionne l'engagement d'une collaboration effective dont la finalité est la préservation de la santé des salariés.

Les limites de ce repositionnement

Le repositionnement du SST dans une logique prestataire comporte néanmoins des limites. D'une part, il n'est pas sûr que l'IPRP trouve son compte dans des interventions dont le but premier est d'établir la confiance avec l'entreprise. Ce type d'action nécessite un accord explicite entre le médecin et l'IPRP sur la stratégie adoptée vis-à-vis de l'entreprise. D'autre part, la logique prestataire peut conduire à des dérives du côté de l'entreprise. L'entreprise peut considérer qu'elle possède un droit de tirage pour un volume de prestations inclus dans ses cotisations et solliciter les IPRP pour une prestation dont l'objectif n'est pas directement la santé des salariés.

Le risque est clair en ce qui concerne les prestations ergonomiques qui peuvent très bien être envisagées pour améliorer la productivité d'un poste !

Mais surtout, la logique de prestation de service tend à positionner la direction de l'entreprise comme l'interlocuteur privilégié sinon unique du SST, au détriment des autres acteurs et notamment des représentants des salariés. En effet, dans la relation prestataire - client, c'est la direction de l'entreprise qui négocie et qui, au final, autorise la réalisation de l'intervention. La diffusion des résultats d'une étude aux salariés peut être l'objet de la négociation, par exemple. Le risque de censure est évident ; celui d'autocensure du SST pour maintenir la confiance du « client » aussi.

Pour conclure, nous pensons que le développement des actions pluridisciplinaires en santé travail constitue une évolution positive dans la mesure où elle permet de « décongestionner » les relations entre l'entreprise et le SST et renforce la fonction de conseil du médecin du travail. Mais le positionnement du SST comme prestataire d'un service indirectement ou directement payé par l'employeur éloigne, de notre point de vue, la médecine du travail de sa mission de santé publique.

Michel Vezina : un cousin québécois analyse la santé au travail « à la française ».



Médecin spécialiste en santé communautaire, professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval depuis 1983 et conseiller en santé au travail à l'Institut national de santé publique du Québec depuis 2000.

Quel regard portez-vous sur la place de la santé au travail en France actuellement et sur son évolution depuis sa création, au lendemain de la seconde guerre mondiale ?

Historiquement en France, a été mis en avant l'examen médical, avec en particulier un contexte de médecine légale et, comme l'a bien montré Philippe Davezies, avec un arrière-plan de sélection par dépistage des aptes et des non-aptés. L'intérêt de ces examens médicaux n'est pas démontré mais est considéré encore par certains syndicats et par les usagers comme un droit acquis. Ils ont toujours bonne presse dans l'imaginaire social ! Par contre, on peut défendre l'intérêt du ciblage des examens périodiques : « on ne trouve que ce qu'on cherche » De plus, ces examens globaux non ciblés sont très coûteux par rapport au bénéfice réel et attendu, entraînant en outre parfois de faux positifs, avec leur retentissement là-aussi en terme de coût économique et psychologique. On peut dire qu'en France on est dans une logique d'obligation de moyens. L'approche de l'action en santé au travail, fondée sur les services médicaux, est essentiellement individuelle.

Quelle différence avec la démarche québécoise ?

Au Québec, l'approche santé publique

entraîne une obligation de résultats, avec une approche populationnelle, un financement public et l'intervention d'équipes pluridisciplinaires (médecins, ingénieurs, infirmières...) Le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture et depuis 2005 les instituts de recherche en santé au Canada se sont intéressés aux problèmes de santé mentale au travail.

Actions dans l'entreprise, pluridisciplinarité, prescriptions réglementaires et législatives, pensez-vous que les moyens alloués soient à la hauteur des ambitions ?

On peut constater en France une évolution dans le champ de la santé publique, avec l'introduction du temps hors cabinet médical, les programmes de santé au travail et de santé publique, ainsi que l'introduction des équipes pluridisciplinaires, qui vont sûrement dans le bon sens, avec une approche plus réglementée des risques professionnels. La coopération multidisciplinaire potentialise les compétences disponibles à l'intérieur des services mais aussi à l'extérieur avec d'autres acteurs de santé (médecine de soins, maintien dans l'emploi...) C'est aussi le développement des réseaux de collaboration, d'échanges et de savoir-faire...

Quelle analyse faites-vous de la gestion des services de santé au travail par les employeurs et de l'indépendance des intervenants, car les responsables des risques en entreprise sont aussi ceux qui contrôlent le système ?...

La question de l'indépendance des intervenants donne parfois lieu à des réactions défensives des médecins du travail français, qui affirment pour certains que d'être à l'intérieur de l'entreprise présente l'avantage de connaître tous ses rouages et d'être ainsi plus efficace. Cependant, pour ne prendre que l'exemple du stress au travail, qui confronte au style de gestion de l'entreprise, il est souvent plus aisé de poser les questions qui peuvent fâcher lorsque l'on est en dehors plutôt que cadre de cette même entreprise... Il faut beaucoup de courage dans ce cas pour porter la critique des méthodes d'organisation du travail de l'entreprise ! Mais nous savons bien que la santé au travail est inscrite dans un système de conflit d'intérêts forts et que les états peinent à élaborer les compromis nécessaires entre les avis des travailleurs, ceux des employeurs et ceux des experts scientifiques.

L'épidémiologie en santé au travail en France a permis de pointer, fort tardivement il est vrai, les dégâts sur la santé liés à l'amiante par exemple. Voyez-vous son évolution actuelle aller vers une meilleure structuration et efficacité ?

L'intérêt de l'épidémiologie est d'être un outil de veille, en particulier en santé au travail. Par exemple je collabore avec l'INVS dans le domaine de la santé mentale au travail. Les données sont alors utiles pour alimenter le débat social et montrer la responsabilité de l'organisation du travail dans la santé mentale au Québec. Une enquête récente permet d'avoir une référence sur le mal-être au travail et son évolution dans le temps. Ça objective la dégradation des conditions de travail et son retentissement sur la santé mentale. Le renforcement de la veille sanitaire et le suivi de grandes enquêtes en santé au travail sont également utiles pour établir des priorités d'action et évaluer leurs résultats. Les lois récentes de programmation de la santé publique dans les deux pays (plan national santé-environnement et plan santé travail en France et obligation par la loi de réaliser une étude tous les cinq ans au Québec) pour connaître l'évolution des conditions de travail vont dans ce sens. D'autre part, les risques traditionnels physiques, chimiques, biologiques persistent dans le milieu de travail, même s'ils ont pu diminuer dans certains secteurs. Leurs effets à long terme (cancer, vieillissement, maladies chroniques...) nécessitent donc aussi une surveillance post-professionnelle, d'autant plus que l'exposition peut être multiple. De plus, la vigilance sur les pathologies émergentes se développe (nanotechnologies par exemple) Au Québec, la nécessité d'assurer une vigilance active est clairement inscrite dans la loi et le programme de santé publique.

Comment d'autre part analysez-vous l'apport de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité en santé au travail ?

La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité insistent sur l'environnement organisationnel et son impact sur la construction de la santé. Ce sont des outils fins qui permettent de mieux comprendre les liens entre le travail et la santé, en particulier dans le domaine de la souffrance au travail, avec leurs études sur la peur (face au danger) et la peine (face à la souffrance de l'autre) Yves Clot parle de ce qui fait mal : pas tant ce qu'on ne fait pas

que ce qu'on ne peut pas faire. La clinique médicale, avec son approche individuelle est utile, à condition de faire remonter les informations au CHSCT, au sein de l'entreprise, afin d'alimenter le débat social et de le cibler plus particulièrement sur les populations à risque. Au Québec, on procède différemment, par enquête. Les deux approches n'ont rien d'exclusif et me paraissent complémentaires.

La mission Nasse-Légeron, à la demande du ministre du travail, vient de proposer un indicateur de stress au travail. Que pensez-vous de son utilité et de ses limites ?

J'ai beaucoup de réserve par rapport à cela. Le stress est un concept flou, ambigu, qui veut tout et ne rien dire ! Il doit son succès à cet aspect « passe-partout », qui lui a permis d'être accepté par les travailleurs et les employeurs ou par des institutions comme l'INRS. Je préfère l'apport de l'épidémiologie et ce qui en découle en terme de veille sanitaire. Au Québec par exemple l'Institut de la Statistique mesure tous les cinq ans par questionnaire auprès des travailleurs l'impact de l'organisation du travail sur la santé (questions sur les conditions de travail, le harcèlement, le retentissement sur la vie sociale, etc.) C'est un tableau des facteurs de risque du travail qui est préférable à un indicateur global, qui veut tout dire et son contraire. En France, l'INVS me semble un bon outil pour ce type d'enquête.

A travers le prisme des systèmes de santé au travail canadien et français, quels sont pour vous les points forts de chaque approche et les points où il y aurait intérêt à repenser le système ? Que peut apporter chacun à l'autre ?

Le système français est sans doute trop individualisé et médicalisé. Les examens médicaux systématiques n'ont jamais fait la preuve de leur efficacité et ils gagneraient au moins à être davantage ciblés sur les risques professionnels. Mais il a l'avantage de toucher la plupart des travailleurs. Le système québécois, plus axé sur les risques en terme d'approche globale et de santé publique, non spécifiquement médicale, ne touche par contre qu'une partie de la population et souffre peut-être d'un manque d'approche individuelle.

**Propos recueillis par
Patrick Bouet.**

>>Chantier>>

AVIS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL : DU POSITIF . . . MAIS DES OMISSIONS ET DES RISQUES :

Par Véronique Bacle

Après avoir auditionné de nombreux acteurs en santé-travail, dont le SNPST (voir le JST 31) le Conseil Economique et Social a rendu son avis le 27 février dernier. Pour cette institution, la médecine du travail en France doit être préservée, mais « ne répond pas aux enjeux de la santé au travail » précise-t-elle en rappelant les constats déjà évoqués par les rapports précédents... La nécessité d'« une réforme pour une nouvelle médecine du travail » est donc plus qu'urgente.

Dans ce rapport, six grands principes sont affichés : inscrire pleinement la santé au travail dans la santé publique, instaurer une réelle culture de prévention, maintenir la place essentielle du médecin du travail dans l'organisation de la santé au travail, mais aussi renforcer la pluridisciplinarité sans affaiblir le rôle du médecin du travail, replacer l'aptitude dans la logique de prévention et de maintien dans l'emploi, et enfin couvrir l'ensemble de la population active. Le Conseil Economique et Social fait des propositions, consensuelles comme il l'affirme : rendre effective la pluridisciplinarité. Il précise notamment les fonctions plus importantes que les infirmiers pourraient assurer dans le suivi médical, tout en insistant sur le rôle « pivot » du médecin du travail. Rendre plus attractive la spécialité « médecine du travail » et faciliter les passerelles entre spécialités. Favoriser les liens entre santé au travail et médecine de ville. Donner plus de liberté au médecin dans l'organisation de son temps. Et faire assurer la gouvernance du système par la CNAMTS. En effet, il s'agit bien d'un consensus ! Les termes sont suffisamment ambigus et flous, pour que tout le monde y trouve son compte... Malheureusement, cela rend cet avis difficilement lisible !

DU POSITIF !

Le CES insiste bien sur la place de la santé au travail dans la santé publique, sur le respect des préconisations du médecin du travail (avec obligation de l'employeur de lui répondre par écrit) mais aussi sur l'exclusion de la pérennité de la gestion des services par les employeurs, sur une nécessaire sectorisation mutualisée des services,

ainsi que sur la dimension régionale du pilotage de la santé au travail et sur les missions qui doivent être fixées aux services de santé au travail, avec plan annuel décliné au niveau régional, comme le préconisait le rapport de l'IGAS. Autre point positif : il insiste sur la nécessaire formation de tous les acteurs en santé au travail et sur l'augmentation du nombre de postes au concours de l'internat. Enfin nous ne pouvons qu'approuver l'idée d'un suivi qui couvrirait l'ensemble de la population active de façon analogue.

DES OMISSIONS :

Le CES ne va cependant pas jusqu'à préconiser la mise de la prévention en santé au travail sous la tutelle du ministère de la santé, et se contente de préconiser la compétence partagée des ministères du travail et de la santé.

Tout en plaidant pour un suivi médical reposant sur d'autres éléments que la délivrance d'un certificat d'aptitude, le CES propose le maintien de celui-ci pour les embauches et les reprises maladie... Bref, pas de réel positionnement ! Bien peu de pistes pour la mise en place de la pluridisciplinarité. Le chapitre, très court, sur les infirmiers évoque plus une compensation – dans le cadre de la pénurie de médecins – qu'une véritable coopération comme nous le proposons dans notre projet. Quant aux autres acteurs, assistants ou IPRE ils sont juste cités. L'indépendance des professionnels n'est pas évoquée, pas plus que la gouvernance professionnelle déjà très limitée par le biais des commissions medico-techniques muselées. La réflexion sur l'aptitude n'est pas plus aboutie que dans les rapports Gosselin

et IGAS. Comment l'assemblée du CES qui a promu la loi du 3 mars 2002 sur le droit des malades peut-elle omettre le débat sur la légitimité d'une inaptitude médicale au travail sans l'accord du travailleur, alors que la loi a restitué en droit les choix diagnostiques et thérapeutiques au malade ? L'exploration de la mise du salarié ou autre travailleur au centre du système de décision pour l'emploi en tant que citoyen adulte n'est même pas esquissée. Et pourtant, nous sommes au XXI^{ème} siècle. Enfin, si une réflexion sur les cotisations est amorcée, préconisant « une cotisation patronale au taux unifié, sans paiement à l'acte » leur niveau minimal n'est pas référencé et les règles de leur utilisation restent à construire...

DES RISQUES...

Le CES prône la gestion paritaire en arguant comme modèle la MSA. Mais que penser de l'efficacité de cette branche en matière de santé au travail quand on sait qu'elle partage avec l'OPPBT, paritaire aussi, un des plus forts taux de pénibilité et de morbidité avec des conditions de travail qui restent souvent déplorables ? Il nous semble que la proposition faite sur la base « paritaire » de gouvernance par la CNAMTS est dangereuse, d'autant plus que l'argumentation ne repose que sur la volonté de diminution d'apparence des AT/MP : comment lire cela ? D'autre part, est-ce bien une gestion non patronale ? La seule position légitime et courageuse de gouvernance est celle d'une gestion à majorité représentant les travailleurs associée à une présence patronale et un rôle pilote clair de l'état régalien et de la société civile (ORST,

ARS...) Le maintien de l'aptitude à l'embauche, à des postes à risques ou sur des postes de sécurité réglementaire va maintenir le médecin du travail, seul habilité à émettre ces avis (même si les postes concernés sont précisément définis) dans un rôle de logique assurantielle au service des entreprises de plus en plus demandeuses. Outre l'aspect chronophage, cette vision ne peut qu'être nuisible à la mission essentiellement préventive du médecin et à une construction coopérative de l'équipe médicale associant les IST : cela aboutirait-il à une médecine de sélection réalisée par le médecin du travail, tandis que l'IST assurerait l'accompagnement du salarié et la veille sanitaire ? Nous sommes en totale contradiction avec la volonté affichée de privilégier la prévention et le maintien dans l'emploi. Par ailleurs, nous avons déjà émis des critiques sur l'idée parue dans le rapport de l'IGAS, d'une procédure de certification des services de santé au travail par l'HAS, qui répond à une logique concurrentielle et libérale. De plus, elle introduirait une concurrence avec l'agrément des services déconcentrés de l'Etat, maintenu par le CES.

Le consensus du CES sur cet avis nous semble hélas être obtenu au prix d'un mélange de petites avancées, certes indispensables, mais avec le maintien d'archaïsmes qui ont largement montré leurs défaillances en matière de santé au travail. Nous prenons acte, mais insatisfaits, soumettons à nos partenaires l'examen de nos propositions et de notre projet pour poursuivre la concertation et l'élaboration d'un dispositif cohérent et efficace de santé au travail.

b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ...

25% des seniors sont sans emploi.

Alors que le gouvernement et les partenaires sociaux se penchent sur l'employabilité des seniors, il est intéressant de connaître les causes de la sortie précoce de l'emploi des travailleurs âgés de 50 à 59 ans. En effet, un quart de ces seniors sont retraités, préretraités, chômeurs ou inactifs, après 20 ans de carrière professionnelle minimum. Les retraités et préretraités viennent principalement du secteur public, en bénéficiant des régimes spéciaux reconnaissant la pénibilité des horaires postés, des travaux insalubres, de l'exposition aux intempéries (SNCF, RATP, La Poste, France Telecom, EDF-GDF, fonction publique hospitalière) Mais le secteur financier a été aussi pourvoyeur de plans de préretraites et de retraite précoce entre 1999 et 2003 par une politique volontariste de rajeunissement des effectifs de la banque et de l'assurance. Dans l'industrie, on trouve des ex salariés victimes de licenciements économiques, des personnes handicapées, des anciens travailleurs de la métallurgie ayant bénéficié du dispositif CATS, du fait de conditions de travail particulièrement pénibles. Sans oublier les salariés du public et du privé ayant été exposés à l'amiante. Pour les plus de 50 ans, on constate un difficile maintien ou retour à l'emploi dans des secteurs pénibles comme le BTP, les services à la personne, le textile et la métallurgie, du fait du port de charges lourdes et de postures pénibles. C'est là qu'on trouve un taux de chômage élevé.

Eviter une sortie précoce de l'emploi des seniors ne peut pas faire l'économie d'une réflexion et de mesures sur les conditions de travail versus pénibilité.

Source : Pénibilité du travail et sortie précoce de l'emploi. DARES, janvier 2008.

EVALUER LES PRATIQUES EN MEDECINE DU TRAVAIL

Par Alain Carré

L'exercice de la médecine du travail est un des seuls exercices médicaux de prévention qui comporte une activité clinique individuelle dans le cadre classique d'une consultation médicale. Il s'agit d'assurer une prévention médicale primaire centrée sur le repérage des risques potentiels et existants, actifs ou non sur la santé, et de leurs éventuels effets, la veille médicale sur ces risques et leurs effets et l'alerte de chaque salarié et de la communauté de travail à ce sujet. En plus de cette spécificité, cet exercice en présente d'autres qui conditionnent les pratiques professionnelles. Ainsi la médecine du travail s'exerce, contrairement à tout autre exercice médical de première ligne, dans une institution, l'entreprise, où la santé n'est pas au centre des préoccupations. Cet exercice dans le champ social qui est, dans ce domaine, souvent conflictuel, implique des pratiques spécifiques qui ne relèvent pas toutes de la technique médicale et se réfère plutôt à des démarches de nature politique, au sens étymologique noble, puisque d'ordre public social. Cet exercice, qui demeure par définition médical dans toutes ces composantes, comporte des actions en

milieu de travail, qui, elles aussi, induisent des pratiques qui dépassent les techniques employées à ces occasions, du fait de leur étroite contingence à la réalité des situations observées et leur nécessaire lien au contenu des consultations médicales. Le champ réglementaire qui structure cet exercice prévoit des contrôles institutionnels, soit du côté de l'intérêt de la santé des salariés (contrôle social), soit du côté de l'intérêt général (contrôle administratif) qui comportent un balisage des actions menées par le médecin et de ses conclusions, unique dans la profession médicale du fait de son caractère public, de son formalisme et de sa régularité. La singularité de cet exercice induit des pratiques si spécifiques qu'elles demeurent souvent peu compréhensibles, voire énigmatiques, pour nos confrères et confrères qui exercent dans le secteur de soin. Les connaissances médicales «de base» et les techniques d'étude du champ du travail, notamment celles des sciences humaines, sont indispensables et leur mise en œuvre pourrait éventuellement donner prise à une évaluation, mais les pratiques qui les utilisent ne se sont constituées progressivement que dans un

exercice de terrain et surtout par le travail en commun entre pairs. La pertinence et la richesse d'une pratique de médecin du travail naît, en effet, d'un travail de compagnonnage un peu particulier puisque, tour à tour, le compagnon peut se révéler maître et le maître, compagnon. C'est à l'examen des activités déployées, dans un climat de confiance entre pairs que les pratiques se cristallisent et se valident comme règles de métier. Elles sont indissociables d'une activité déontique qui structure des pratiques dans une situation où le praticien a l'obligation, parfois risquée, de «dire» publiquement en référence à une réalité maintenue souvent sous le boisseau, consciemment ou inconsciemment. Incidemment on remarquera que les appréciations relevant de l'économie de la santé publique qui structure, en partie, la démarche réglementaire d'évaluation des pratiques médicales s'appliquent mal à des activités entièrement financées par les employeurs et qui représentent, «tout compris», le centième du coût des dépenses de santé. Seul le bénéfice secondaire des actions de prévention primaire en santé au travail, superbement ignoré, présenterait ici un

intérêt qui mériterait «évaluation» Tout ceci explique que l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), au sens réglementaire, a beaucoup de difficulté à se mettre en place en médecine du travail.

Comment prévoir un résultat rationnel pour des pratiques dans un champ social par définition instable ? Comment prendre en compte la dimension éthique de pratiques dans lesquelles le praticien assume, en plus de sa responsabilité, un risque social pour lui-même ? Comment évaluer des pratiques qui relèvent d'une validation par les pairs et non uniquement d'un apprentissage ou d'une application de techniques médicales ou scientifiques ? Tel est le défi qu'impose aux médecins du travail l'EPP. L'évaluation des pratiques entre pairs, déjà mise en place par nos confrères et confrères exerçant la médecine générale, paraît la plus adaptée à une évaluation des pratiques professionnelles en médecine du travail. Il n'est donc pas étonnant que les premiers organismes agréés spécifiquement pour les médecins du travail par la HAS aient développé des Groupes d'Analyse des Pratiques Entre Pairs.

COUPLIER DES LECTEURS ... COUPLIER DES LECTEURS ... COUPLIER DES LECTEURS ... COUPLIER DES LECTEURS

Je ressens le besoin et la nécessité d'écrire ma colère et ma déception de voir avec quelle légèreté deux « experts » se sont sentis en légitimité d'effacer plus de cinquante ans de recherche dans le domaine de la souffrance au travail. Le rapport Nasse et Legeron, n'apportera rien à la lutte que chacun de nous, nous menons dans nos professions respectives pour dénoncer les risques psychosociaux. Ce rapport ne contient qu'une idée : la mesure, et oui, il faut quantifier, objectiver, inventer ou utiliser des échelles existantes. Cela n'a rien d'étonnant dans un monde où tout est fait pour gommer la subjectivité. Pas un mot sur l'organisation du travail, pas un mot sur la clinique du travail, pas un mot sur la centralité identitaire du travail, pas un mot sur la psycho dynamique du travail, pas un mot sur le juridique... bref beaucoup de mots mais d'une banalité effarante qui peut cependant malheureusement séduire ceux qui n'ont pas le recul et les connaissances nécessaires. Les propositions faites sont culpabilisantes (en gros les salariés mangent mal, ne font pas assez de sport...), nous ne sommes pas très loin des théories hygiénistes des années cinquante. En tant que psychiatre clinicienne, me battant déjà dans ma discipline pour défendre la Clinique Psychiatrique, la vraie, celle qui passe par l'échange, le regard, le ressenti celle que notre maître Henri EY nous a appris, j'ai l'impression d'avoir un second combat à mener celui de la défense de la parole, du sens caché ou métaphorique des mots, des silences, des oublis, des lapsus, la défense du regard de l'autre apeuré, anxieux, confus, ému ou rempli de larmes, la défense de l'ouïe avec l'écoute attentive, bienveillante et empathique, la défense du geste qui rassure et apaise, bref la défense du Sujet dans son entièreté. Je vous propose d'échanger autour de ce rapport et si vous le jugez pertinent de publier un texte collectif défendant les valeurs qui nous réunissent.

Brigitte FONT LE BRET, psychiatre à la consultation de Pathologie Professionnelle du CHU de Grenoble. dr.font-le-bret@wanadoo.fr

BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ...

La « double peine » des ouvriers :

On connaissait déjà les inégalités sociales face à la santé en France ; on savait que l'espérance de vie des ouvriers était inférieure de 7 ans à celle d'un cadre. Grâce à une étude de Populations et sociétés, on apprend que cette mortalité précoce se double d'une retraite empreinte d'incapacités et de handicaps. Les auteurs de l'enquête se sont intéressés au calcul de l'espérance de vie en santé. Le nombre d'années vécues sans incapacité varie selon la catégorie socioprofessionnelle : les professions manuelles sont particulièrement touchées par les limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles. Pour les incapacités de type II (gêne ressentie dans les tâches domestiques par ex.) comme pour celles de type III (dépendance pour les gestes quotidiens) l'écart de 8 ans entre ouvriers et cadres est significatif. Moralité : mieux vaut être riche et en bonne santé ...

Source : E. Cambois, C. Laborde et J.M. Robine. La « double peine des ouvriers » n° 441 de Population et sociétés, janvier 2008. Publication de l'INED disponible sur Internet.

BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ... BRÈVE ...

Bilan des élections à l'Ordre infirmier

Le 24 avril s'est déroulé le 1^{er} tour des élections pour l'Ordre infirmier. Comme d'autres syndicats, le SNPST a appelé au boycott de ce scrutin. Les infirmières ont été très peu motivées puisque le taux de participation n'a été que de 13,73 % et que le nombre de candidats était parfois inférieur au nombre de sièges disponibles. Cela nous conforte dans l'idée que ce projet ne correspond pas aux besoins et aux attentes de notre profession !

>> suite de la page 1 >>

Poitiers : un projet d'embauche d'IST se fait « à réglementation constante » ce qui limite beaucoup les marges de manœuvre de l'équipe. De plus, il sera difficile à l'infirmière de travailler avec deux médecins ayant deux pratiques différentes...

Dans le Rhône, une infirmière réalise les examens complémentaires dans un service de 18 médecins. Ceux-ci n'arrivent pas à se mettre d'accord sur des protocoles de surveillance. Aussi l'IST doit jongler avec des demandes contradictoires : plombémie et ppz pour l'un, pas de ppz pour l'autre ...Prise de tête garantie !

Les directeurs des services interentreprises, réunis par le CISME début 2008, se satisfont de ces situations expérimentales hétérogènes sans orientation claire pour la santé au travail.

Bilan des expérimentations : brouillon à refaire sur d'autres bases

Plusieurs de ces recrutements d'infirmières ont en point commun le pilotage directorial précipité au détriment d'une construction de coopération avec des médecins du travail volontaires, malheureusement encore trop peu nombreux. C'est une modalité où le management gestionnaire prend le pas sur une gouvernance professionnelle, comme pour le recrutement des IPRP dans de nombreux services.

Tout d'abord, on peut redouter un risque de TMS pour ces infirmières soumises à des gestes répétitifs (cocher des cases à longueur de journée) et l'exposition aux risques psychosociaux (jongler avec de multiples prescripteurs, peu d'autonomie, pas de marges de manœuvre)

Surtout, on peut regretter l'absence de définition des rôles et missions de l'IST. Et craindre d'en faire des secrétaires améliorées. Est-il bien nécessaire d'obtenir une licence en santé travail pour remplir des questionnaires ?

L'absence de cadre réglementaire est mise à profit par les gestionnaires des services inter. Pourtant, les Commissions Medico-Techniques ont leur mot à dire

sur le sens de la médecine du travail, sur l'éthique professionnelle et sur le travail en équipe ainsi que sur les orientations, les organisations et les répartitions. Mais on sait hélas que rares sont les CMT qui se sont données les moyens de leurs missions ...

On connaît la souffrance et les impasses des salariés soumis à des commandes divergentes. C'est le cas des infirmières confrontées à des visions et des pratiques différentes (et parfois incompatibles !) de plusieurs médecins. L'intégration d'infirmiers en santé au travail à l'activité clinique nécessite une délégation professionnelle basée sur la confiance, et pas seulement des prescriptions morcelées.

Diviser pour mieux régner : à qui profiteront les prévisibles conflits à venir entre professionnels de la santé au travail ? Certainement pas aux salariés et à leur santé !

Quelles sont les compétences attendues de ces équipes ? A part de faire du chiffre ? On va assister à une surenchère de records : « 4500 visites à ma droite ! 4650 à ma gauche ! 5240 : qui dit mieux ? »

Faire de l'infirmière un sous médecin, la limiter à la réalisation d'actes techniques, ignorer les compétences spécifiques de l'IST en matière de promotion de la santé au travail, d'information et d'éducation pour la santé, c'est prendre le risque de voir les infirmières se détourner des services inter. Ces compétences sont soulignées par le dernier rapport de l'HAS (délégation de tâches et transfert de compétences) tant dans le cadre des expérimentations « Berland » qu'à l'étranger (Canada, Australie et Grande Bretagne)

Le remplissage de questionnaires confine les infirmières à un rôle d'exécutante, sans doute pour abonder une comptabilité de visites. Ils sont très insuffisants et peu opérationnels pour le salarié. Nous défendons l'idée de la réalisation d'entretiens médico-professionnels par les IST. C'est une démarche de clinique médicale du travail qui implique aussi l'observation du travail réel ainsi que des actions d'information et de sensibilisation des populations concernées avec des transmissions ciblées.

Animer une équipe, cela s'apprend. Les services inter

ont-ils prévus la formation des médecins du travail ?

Pistes de progrès : le meilleur pour la fin...

A Blois, un poste d'IST a été créé : l'infirmière, formée à l'entretien médico professionnel en janvier à Lille, l'a mis en pratique dès l'embauche. Elle travaille en coopération avec 1 médecin et demi. Six ½ journées sont consacrées aux entretiens avec des intérimaires, qui sont ensuite reçus par le médecin du travail pour l'aptitude ; pendant trois ½ journées, l'IST participe à des actions sur le milieu de travail (études de poste suite à des accidents de travail, postes à risques occupés par des intérimaires, pré-fiche d'entreprise) Les premiers retours des salariés sont positifs : « On n'a jamais été vu comme ça ! » Et ce n'est pas fini : une deuxième infirmière va être embauchée.

A Orléans, un médecin du travail accompagne et forme une IST en cours de DIUST à la clinique médicale du travail. De novembre à 2007 à janvier 2008, l'infirmière a assisté aux visites médicales, prenant des notes, réalisant des comptes-rendus de cas cliniques, les soumettant à l'avis du médecin. Depuis février, elle réalise seule des entretiens médico-professionnels recueillis dans le dossier médical partagé où sont tracés les risques professionnels, les souffrances ou les bien être au travail. L'infirmière a aussi de par son métier le rapport au corps des salariés. Les échanges avec le médecin se poursuivent les aidant, toutes deux à progresser dans leur connaissance des personnes, de leur santé et de leur travail. Cette formation par compagnonnage permet aux deux professionnelles de construire une clinique nouvelle, reposant sur la confiance mutuelle, des transmissions adaptées, un travail d'équipe.

Il existe pour les IST deux voies de formation à l'entretien médico professionnel : la licence en santé travail et le compagnonnage avec un médecin du travail, l'idéal étant la convergence des deux démarches ! On peut espérer qu'ainsi les IST trouvent enfin leur place dans les services de santé au travail inter-entreprises où leur intégration n'a pas été possible pendant 50 ans en raison de la primauté de la sélection sur le dévoilement et l'accompagnement en santé au travail des salariés. Les deux regards des deux métiers devraient enrichir les pratiques des deux professions : à suivre...

L'histoire qui tue... l'histoire qui tue... l'histoire qui tue...

De la propreté des murs dans l'univers hospitalier ...

Patricia, agent de service hospitalier, vient au service de prévention pour un rappel de vaccin. L'infirmière l'interroge : comment est l'ambiance dans le service de psychiatrie ? Patricia est furieuse : « Ma chef me harcèle : elle m'oblige à laver les murs avec une brosse à dents ! » Comme elle a des antécédents psychiatriques, il paraît utile à l'IST d'adresser l'agent au médecin du travail. Patricia répète la même histoire. Le médecin de prévention oriente alors l'agent vers son psy, avec un courrier évoquant un délire. Il rencontre le cadre infirmier du service : « Alors, comme ça, vous faites nettoyer les murs avec une brosse à dents ? » Réponse de la supérieure hiérarchique de Patricia : « Les murs ? Ah non, docteur, ça ne me viendrait pas à l'idée. Seulement les plinthes ! »

M.C. Cabrera Limame



info pratique... info pratique... info pratique... info pratique...

Le nouveau Code du travail est entré en vigueur le 1^{er} mai 2008. Il est disponible sous forme informatique sur legifrance.gouv.fr. Un logiciel permet de passer des anciens articles au nouveau et réciproquement : Codacod téléchargeable sur travail.gouv.fr.

>> Le SNPST à votre écoute >>

POUR NOUS CONTACTER : courrier@snpst.org

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

Vous recevez le journal en 2 exemplaires : l'objectif est de le faire connaître autour de vous en l'offrant à des collègues. Si vous ne souhaitez en recevoir qu'un seul numéro, merci d'en informer notre secrétariat de rédaction.

le Journal
des professionnels
de la **Santé au Travail**

N° 32
JUN
2008

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
Illustrateur : Olivier Coron
Mise en page : DHTL
Responsables de rubrique :
ACTUALITE SYNDICALE : G. Arnaud
CONTENTIEUX : M. Hamon
TERRAIN : J.M. Sterdyniak
INSTITUTION : M.C. Cabrera Limame
EUREKA : G. Lucas
INTERVIEW : P. Bouet
CHANTIER : V. Bacle
Ont collaboré : P. Dominguez, H. Pezerat, X. Poupert,
A. Carre et B. Font le Bret
Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Commission paritaire : 1011 S 05549
Imprimerie Réaction graphique
58 avenue Caffin - 94210 La Varenne Saint Hilaire