

» Sommaire

Actualité du syndicat ... p 2

- Mesures de simplification
- Contentieux

Terrain p 3

- Contre la résignation
Des leviers pour agir...

Institution p 4

- Burn out et maladies professionnelles

Interview ...

et écriture p 5

- Interview de
Pascal Marichalar

Chantier p 6

- Travail du dimanche
et horaires décalés
Problème de santé et
travail ?

Eurêka p 7

- Infirmier en santé au
travail un métier en
construction

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 57

FÉVRIER 2015

» Éditorial

Le choc (de simplification) fut rude mais la riposte fut à la hauteur.

Les mesures de simplification de la médecine du travail présentées par le Gouvernement constituaient une atteinte fondamentale au droit à la santé au travail à travers la remise en cause du suivi de l'ensemble des salariés et de l'obligation de reclassement pour les employeurs.

Ces mesures ont été retirées du projet « Macron ».

Parallèlement, le patronat conduit une offensive sans précédent contre le droit au travail (réforme des seuils sociaux, remise en cause de l'existence et des droits des CHSCT, des prérogatives des IRP, du contrat de travail).

Alors, résister bien sûr, résister encore et construire. C'est l'objet de ce numéro. Défendre les fondamentaux du métier de médecin du travail.

Construire les coopérations médecin du travail/infirmier en santé au travail pour assurer le suivi médical de tous les salariés.

Mettre en place des équipes pluridisciplinaires œuvrant en milieu de travail pour la santé des travailleurs.

C'est dans la (re)construction des collectifs et la mise en débat du travail que les professionnels pourront mettre en place un suivi médical et une prévention de qualité. En France, la prévention des risques professionnels et la santé au travail se sont construites sur la Médecine du Travail.

À nous de perpétuer et d'enrichir cette mission dans le cadre de la Santé au travail.

Jean-Michel STERDYNIAK

Billet du paysan de la Garonne

TOTALisation.

Un accident du travail évitable ?

L'arbre des causes : travail de nuit, opacité du travail, dans le brouillard des sanctions économiques.

hyperactivité tout azimuth. Proche orient, Moyen orient, Lointain orient, décalage horaire.

Le prix du baril, c'est de la dynamite. C'est l'explosion ! (pas de parachute) mort de l'homme à la big moustache. un Mort ? Non, sur place quatre morts ; et bien d'autres avant et après.

**Small moustache
PDG**

Vers une clarification de la médecine du travail : quels sont les fondamentaux du métier à défendre ?

Par Florence JÉGOU - pigiste bénévole - libre et encore vivante

Dans les mesures de simplification du droit pour les entreprises, la médecine du travail est concernée par deux propositions : l'une sur les visites médicales accusées d'être « chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention » et l'autre sur l'utilisation de nuances apportées à l'aptitude du salarié pour aménager ou transformer des postes de travail. Ces propositions de « simplification » visent à restreindre de la médecine du travail et auraient des conséquences désastreuses sur la prévention des risques professionnels et sur le droit des salariés à la préservation de la santé, qui est sous tendu par le droit européen et la mission régaliennne de l'Etat du droit de chacun à la santé. Ces propositions nous montrent que le métier de médecin du travail est méconnu : non seulement il ne repose pas sur l'appréciation de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail, ce qui le réduirait à une sélection de main d'œuvre, mais les consultations « périodiques » sont au contraire très ciblées et ne se font pas du tout « au détriment de la prévention ». Le métier de médecin du travail est très spécifique et repose sur des fondamentaux qui sont totalement ignorés par ces propositions de simplification.

Dans ses prérogatives, le médecin du travail déploie son activité dans quatre axes essentiels : l'identification médicale des risques professionnels, la veille médicale sur la santé des salariés pour un collectif de travail, la rédaction éventuelle de préconisations individuelles (L4624-1 du code du travail), ainsi que le signalement de risque collectif et l'alerte médicale (L4624-3 du code du travail). Chacun de ces axes d'activité est mis en œuvre notamment grâce à la réalisation de consultations régulières pour chaque salarié.

Dans l'activité de consultations, le médecin du travail utilise bien évidemment les connaissances médicales, mais aussi des savoirs sur les effets délétères des expositions aux risques professionnels. Quand il reçoit un salarié, il connaît son poste de travail, le métier du salarié et des risques qui s'y rattachent habituellement. Dans ses consultations, le médecin du travail fait le point sur la santé du salarié, et sur son poste de travail (les modifications éventuelles, les produits

utilisés, les procédés, les équipements de protection). Il peut alors prescrire des examens complémentaires pour le suivi de ces expositions. Il fait des liens entre la santé du salarié et les risques auxquels il est exposé. Il peut l'informer des effets de ces risques sur la santé et des moyens de s'en protéger. La connaissance qu'il a des postes dans l'entreprise complète la précision de cette approche. La spécificité de ce métier est en grande partie liée à cette connaissance médicale de l'ensemble des salariés d'une entreprise, et de leur environnement professionnel. Le cumul de l'observation des situations sur place et des informations collectées lors du suivi médical de l'ensemble des travailleurs de l'entreprise est un outil incomparable pour conseiller l'employeur pour la prévention des risques professionnels de manière ciblée dans son entreprise, pour l'aider dans sa responsabilité d'assurer la santé physique et mentale des travailleurs du fait de leurs conditions de travail (L4121-1). Enfin, ces consultations contribuent aussi à

impliquer les salariés dans la prise en charge de leur propre santé au travail par les informations qui leurs sont données, et qui seront cohérentes avec les préconisations formalisées à l'employeur et aux représentants des personnels pour les CHSCT.

Cette identification des risques professionnels ciblée de chaque salarié dans sa situation unique de travail ne peut avoir lieu qu'avec des entretiens réguliers individuels avec l'équipe médicale de santé au travail. Ces entretiens servent également à la surveillance de l'apparition de nouvelles pathologies qui pourraient être en lien avec les conditions de travail, c'est la « veille médicale ». Ce suivi médical ciblé pour chaque salarié permet aussi de détecter des signes avant-coureurs de maladies, ce qui permet de prendre des mesures correctives rapidement avant même l'apparition de potentielles pathologies professionnelles. Cela contribue donc à la mission de prévention.

Mesures de simplification

Par Jean-Michel STERDYNIAK

Le 30 octobre 2014, François Hollande présentait des mesures de simplification de la médecine du travail. Ces mesures élaborées, sans aucune concertation, et hors de tout cadre de dialogue social, par un Conseil composé de représentants de l'administration et de chefs d'entreprises, visent à la sécurisation juridique des employeurs, sans aucune considération pour la santé des travailleurs. Selon les mesures tous les salariés ne bénéficieraient plus du suivi régulier des médecins du travail et ces derniers devraient suivre une « harmonisation » afin de ne pas faire de propositions de reclassement trop contraignantes pour les entreprises. Ces dernières pourraient ainsi licencier plus facilement. La riposte fut à la hauteur, par la mobilisation intense des professionnels de santé au travail.

Le SNPST, n'hésitons pas à le dire, a joué un rôle moteur dans cette mobilisation. Dès l'annonce des mesures, le SNPST a publié un communiqué de presse pour dénoncer ces mesures et la mise en cause de la médecine et du travail et du droit pour tous à la santé au travail. Nous avons cherché à mobiliser les autres syndicats

de branche, ce qui a abouti à un communiqué commun de toutes les organisations syndicales de branche (CFTC, CGC, CGT, FO et SNPST), à l'exception de la CFDT, puis à l'organisation d'une conférence de presse dont vous avez, sans doute, pu lire le compte rendu dans la presse. Une pétition commune a été rédigée et signée de façon importante.



Le SNPST a également élaboré des documents à l'usage de ses adhérents, comme la lettre à adresser à son Député et à son Sénateur ; lettre que le secrétariat du SNPST, a, de même, de son côté, envoyée à tous les élus.

Enfin, pour donner plus d'ampleur à ce mouvement de défense du droit à la santé au travail, nous avons cherché à mobiliser largement au delà de notre branche en proposant la création d'un collectif de défense de la santé des travailleurs et l'organisation d'États Généraux de la santé au Travail. Cette action qui se met en place rassemble déjà un certain nombre de fédérations syndicales et d'associations. Nous y reviendrons.

Devant le mécontentement et la résistance des principaux acteurs, le Gouvernement a dû sortir la médecine du travail du projet "Macron". La partie n'est pas gagnée pour autant. Certaines mesures pourraient revenir dans la future loi santé de Marisol Touraine.

La vigilance et la mobilisation restent de mise.

Contentieux

par Michel HAMON

Autopsies psychologiques et déontologie médicale... De l'Ordre des médecins au Conseil d'État



Nous revenons aujourd'hui sur la plainte déposée en janvier 2010 par le SNPST et le conseil départemental de la ville de PARIS, pour violation du secret médical, contre un médecin psychiatre, agissant dans le cadre d'une expertise demandée par le CHSCT du Technocentre RENAULT GUYANCOURT et confiée au cabinet TECHNOLOGIA pour violation du secret médical.

Le SNPST avait déjà alerté une première fois le Conseil national de l'Ordre en janvier 2008 sur les risques de dérives déontologiques et en particulier de violation du secret médical que comportaient les interventions d'organismes employant des médecins dans le cadre de la gestion du risque psychosocial en entreprise... En novembre 2009, la presse révélait qu'un médecin psychiatre avait conduit trois autopsies psychologiques de personnes suicidées et avait présenté un rapport oral au CHSCT d'éléments relevant du secret médical... Sur plainte du conseil départemental de la ville de PARIS et du SNPST le médecin était sanctionné d'un blâme en septembre 2010 par la chambre disciplinaire de première instance... En appel, la chambre disciplinaire nationale annulait cette sanction, considérant que l'identité

des personnes était nécessairement connue des membres du CHSCT et qu'aucun renseignement de nature médicale n'avait été transmis... Ces deux éléments nous semblaient remettre en cause la nature même du secret médical. La connaissance par des tiers de l'identité des personnes décédées ne pouvait pas suffire à libérer le médecin de son obligation de respecter le secret qui, de plus, ne se limite pas à des éléments de nature médicale... Compte-tenu de la situation délicate dans laquelle cette interprétation du code de déontologie pouvait placer tous les praticiens intervenant dans le champ de la santé au travail, le SNPST faisait appel en Conseil d'État..

Lors de cette procédure, nous avons la surprise de voir le Conseil National déposer un mémoire dans lequel il défendait l'interprétation restrictive faite par la Chambre disciplinaire nationale... ! Par une décision du 5 février 2014, le Conseil d'État nous donnait raison en rappelant toute l'étendue et le caractère absolu du secret médical et annulait la décision de la Chambre Nationale. Il s'agit là d'un désaveu très clair des positions défendues par le Conseil National...

Le renvoi devant la Chambre Disciplinaire Nationale a donné lieu à une décision surprenante du 7 juillet 2014 puisque la faute déontologique est reconnue mais qu'aucune sanction n'est infligée au motif notamment qu'avant de s'engager le médecin mis en cause s'était adressé au Conseil National sans recevoir ni mise en garde ni conseil. On notera à cette occasion que c'est finalement l'absence de réponse claire du Conseil National qui protège finalement le médecin d'une condamnation par la Chambre Disciplinaire Nationale !

Le SNPST ne poursuivra pas cette procédure dans la mesure où nous avons obtenu gain de cause avec la reconnaissance de la faute déontologique et la réaffirmation par la Haute Cour du périmètre du secret médical. Nous n'avons aucune raison ni aucune intention de nous en prendre à la personne du médecin psychiatre. En revanche, le rôle du Conseil National dans cette affaire nous interroge et nous lui avons demandé, dans une lettre ouverte, restée aujourd'hui sans réponse, de prendre une position claire par rapport au respect de la déontologie dans ces circonstances.

Contre la résignation

Des leviers pour agir . . .

Par Mireille CHEVALIER

Malgré les prévisions, de nombreux salariés des services de santé au travail interentreprises attendaient beaucoup de la dernière réforme. La parution des textes n'apportant aucune solution concrète à leurs difficultés, la mise en place et l'application des textes s'est faite, dans de nombreux services, dans une ambiance de morosité et de découragement.

Les constats ne sont effectivement pas brillants.

La pénurie de médecins du travail gagne peu à peu toute la France, avec des situations particulièrement catastrophiques dans certaines régions. Les DIRECCTE acceptent des « modulations » du suivi individuel des salariés à la condition d'un « renforcement » du suivi collectif. Le raisonnement de l'administration est simpliste, un suivi (collectif ou individuel) est donc assuré, tout va bien dans le monde de la prévention de la santé des travailleurs. Cette dernière ne s'embarrasse pas de ses contradictions en affirmant par ailleurs l'importance de respecter la réglementation en matière de visites médicales obligatoires. Les considérations de certains professionnels idéalistes, prônant l'association d'une approche individuelle et collective de qualité ne rentrent pas en ligne de compte.

L'arrivée des infirmiers en santé au travail s'est faite bien souvent dans la précipitation et « l'enthousiasme » de certains directeurs qui voyaient là une opportunité pour affirmer une reprise en main des services interentreprises. Les infirmiers en santé au travail sont malmenés dans de nombreux services, avec ou contre l'assentiment des médecins du travail, bien souvent résignés et prêts à ne voir dans la collaboration avec les infirmiers qu'une simple aide à « éponger » les retards de visites médicales. Les équipes sont très souvent formées voire imposées par les Directions au mépris de la recherche des conditions d'un travail en confiance reposant sur des valeurs partagées.

Les secrétaires et assistantes médicales sont sidérées par la peur de perdre leur emploi du fait de la baisse de la démographie médicale, ou de perdre leurs repères dans des reconversions forcées dont elles ne partagent

pas forcément les objectifs. Elles se sentent bien souvent impuissantes et sans soutien, quand elles ne se retrouvent pas en compétition.

Les assistantes de santé au travail font face à des situations ou à des organisations très diverses d'un service à l'autre. Certaines sont entièrement dépendantes de la direction et doivent servir la vision de service rendu aux entreprises, d'autres ont du mal à se positionner entre la tutelle des médecins ou celle des IPRP. Leur rôle n'est pas toujours clairement défini au sein des services et des équipes.

La pluridisciplinarité se développe dans de nombreux services dans le sens d'une aide à la gestion des risques pour les employeurs, avec un affichage phare auprès des entreprises en proposant une aide à l'élaboration du document unique ou même à la mise en place du plan de prévention. Cette mise en place suscite parfois l'adhésion de tous les acteurs, ou l'acceptation résignée de certains. Cela crée aussi des clivages ou des conflits au sein des services ou des « équipes » pluridisciplinaires.

Les projets de service et les CPOM ont été élaborés à marche forcée dans de nombreux services avec le plus souvent un souci d'affichage de chiffres et de « couverture » de l'ensemble des entreprises sans réflexion sur la réalité ou la qualité du suivi et des résultats attendus.

Alors me direz-vous, tout est fini, les réflexions de l'ergonomie, de la psychodynamique du travail, l'élaboration de la clinique médicale du travail, vont être oubliées et n'auront été qu'un épisode fugace dans la prévention de la santé des travailleurs ?

Pas si sûr...

Après la sidération de la mise en place de la réforme, des professionnels commencent un peu partout en France, à reprendre la réflexion et à s'organiser en collectifs. Les réflexions entre pairs reprennent, au sein de réunions ou de groupes formels ou informels. Les fonctionnements des GAPEP avec l'organisme E Pairs n'a pas cessé, malgré les cafouillages et les difficultés de la mise en place du DPC. On assiste même à la reprise du fonctionnement en GAPEP, et à l'intérêt des infirmiers en santé au travail pour cette démarche.

Les professionnels des services interentreprises commencent à organiser des formations ou des réflexions sur la coopération des équipes médicales sur la base de valeurs partagées et de la clinique médicale du travail.

Certaines CMT arrivent à faire de la résistance collective, voire à imposer leurs vues dans les projets de service ou dans des décisions de fond.

On assiste également au renforcement de certains collectifs. Ainsi dans un service, les médecins ont pu se retrouver et se mettre d'accord pour présenter des contre-propositions à la Direction qui se contente de constater la perte des médecins du travail et répartir les effectifs entre les équipes restantes. Ils sont prêts à se retrouver et à mettre en place des actions pour faire avancer leur point de vue de professionnels de santé face à la vision comptable du Conseil d'Administration. Dans le même service, les équipes médicales ont commencé à se réunir pour faire un travail de réflexion sur le sens de leur métier afin de sortir de leur isolement et de leurs difficultés de fonctionnement.

Des sociétés de médecine et santé au travail s'intéressent au travail entre pairs et organisent des journées sur ce thème.

Avec ces exemples, on voit que se met en place une démarche reposant sur les groupes de pairs, sur les collectifs de travail, pour retrouver du pouvoir d'agir dans le domaine de leur mission de prévention de la santé des travailleurs. Dans les services où se met en place cette réflexion, les professionnels retrouvent confiance et se mettent à rechercher des solutions concrètes et conformes au sens de leur métier. Les assistantes médicales retrouvent une place et une possibilité d'action.

Nous sommes bien placés pour savoir que c'est effectivement dans la construction ou le rétablissement des collectifs, dans le débat sur le travail et ses valeurs, que les professionnels pourront reconstruire un suivi et des actions de qualité, en toute indépendance, et en dépit de l'attitude ambiguë de la tutelle et de la vision économique et comptable des Directions.

COLLOQUE E-PAIRS, le 5 juin 2015 à Paris

La coopération médecins/infirmiers du travail et le DPC

- la clinique médicale du travail et l'ESTI
- la confiance pour la coopération médecin infirmier
- les protocoles médecins-infirmiers, quelle élaboration, quel usage ?
- Les écrits en médecine du travail pour le DMST et les partenaires.

Informations et Inscription sur le site www.e-pairs.org

Burn out et Maladies professionnelles

par Jacques RAVON

Après quelques rares reconnaissances favorables de burn out en maladie professionnelle, des déclarations et pétitions circulent pour que cette maladie soit inscrite dans un tableau des Maladies professionnelles du régime général. Entre ceux qui adhèrent sans réserve à cette démarche, d'autres qui s'opposent à toute reconnaissance de psychopathologie due au travail, beaucoup s'interrogent sur l'intérêt d'un tableau spécifique de maladies professionnelles pour le burn out parmi l'ensemble des pathologies mentales liées au travail.

Les tableaux de maladies professionnelles, dont les catégorisations peuvent être différentes dans notre pays pour le régime général et agricole, établissent la présomption du lien entre une pathologie et une exposition professionnelle. Quelques uns d'entre eux sont à eux seuls la source de l'augmentation du coût de leur prise en charge. Le n°57 concernant les troubles musculo squelettiques des membres fournit à lui seul 75% des MP ces dernières années. Les maladies de l'amiante - n° 30 bis – accroissent leur part d'année en année comme les études, les observations et les alertes le prédisaient. La limite de la présomption du lien est argumentée de points de vue scientifiques avec une restriction parfois très spécieuse des pathologies et des situations de travail ou des métiers. Récemment en 2011, les tendinites de l'épaule (57A) exigent une observation d'angulations, de répétitions et de forces de mouvements de l'épaule bien en deçà du déclenchement des douleurs et dont l'objectivation est une gageure. La grande insuffisance de reconnaissance de ces tableaux est compensée depuis plus de vingt ans par un transfert de la caisse AT/MP vers le régime maladie et par la mise en place des CRRMP (Commissions Régionales de Reconnaissance des Maladies Professionnelles) pour des maladies hors tableaux. Une commission (Diricq) a réévalué régulièrement à la hausse la compensation entre les caisses jusqu'en 2010. En approchant annuellement le milliard d'euros, cette compensation à l'assurance maladie est encore loin du compte au regard des estimations du département santé travail de l'Institut de Veille Sanitaire et même de celles de l'académie de médecine pourtant moins favorables. Les CRRMP s'embolisent avec de nombreux cas qui relèveraient des tableaux et se perdent de façon variable et inégale en avis d'experts et en procédures, ce qui limite encore plus leur disponibilité déjà restreinte pour l'investigation des maladies professionnelles sans tableau dont les déclarations de pathologies psychiques et mentales. Quelle est la place du « burn out » ? et un tableau en facilitera-t-il la reconnaissance ?

Parmi les pathologies psychiques dues au travail, les décompensations post psychotraumatiques bénéficient progressivement d'une réelle prise en compte, facilitée par l'existence d'un événement qui permet la déclaration en accident de travail, et le développement de mises en place de temps d'échanges dédiés, d'attentions, d'écoutes spécialisées se concrétisant par des dépistages et des suivis adaptés. C'est de la prévention.

Après l'incantation du stress indéfinissable dans les années quatre vingt dix jusqu'à aujourd'hui encore, le harcèlement moral au travail a fait l'objet dans les années deux mille de mesures législatives focalisantes

sur la perversion narcissique alors qu'il s'agit plus souvent de stratégies d'entreprises qui impliquent des organisations harcelantes ou paradoxales et des conduites managériales perverses.

C'est maintenant le Burn out qui est devenu la préoccupation d'affichage médiatique, alors que sa forme extrême japonaise du Karoshi avait été davantage décrite dans les années 1980 comme un phénomène de culture d'un pays, sans alerter sur les équivalents en Europe.

Mais le burn out c'est quoi ? Malgré l'évidence revendiquée, cette dénomination mérite d'être mieux cernée. C'est une métaphore, pour un sujet brûlé, consommé et exclu, et l'extrapolation du sens, portée verbalement avec des amalgames ne facilite pas la définition. La traduction francophone d'épuisement professionnel focalise mieux la question de la relation au travail, mais recouvre des niveaux d'atteintes si divers que les caractéristiques pathologiques à retenir dans un tableau restent à définir. De plus les états pathologiques potentiellement liés à un épuisement professionnel sont variables suivant les itinéraires et les personnalités.

Certes on observe des surinvestissements pour tenter de faire face en horaires ou en intensité, aboutissant à un épuisement (par une surchauffe qui brûle et qui consomme) avec perte de capacités opérationnelles et parfois des atteintes physiques ; c'est sans doute ce qui se rapprocherait le plus de l'épuisement professionnel. Mais on trouve de vraies pathologies mentales, psychiques ou psychosomatiques, en lien avec diverses situations de travail.

Des dépressions réactionnelles peuvent avoir plusieurs formes et plusieurs origines. Des travailleurs se retrouvent effondrés avec inhibition majeure sans être passés par un surinvestissement en temps ou en intensité. D'autres s'enfoncent dans une tristesse mélancolique, d'autres ont des réactions de colère. D'autres présentent des passages à l'acte, de fuite avec perte de droit et/ou d'emploi, et d'autres enfin d'agressions sur leur environnement de travail ou sur eux-mêmes.

Il peut s'agir simplement d'un envahissement mental permanent qui génère à la fois angoisse, surinvestissement inefficace, inhibition et passage à l'acte. Parfois simplement une perturbation de la concentration avec des troubles de la mémoire.

Des réactions somatiques diverses allant de simples troubles fonctionnels à la facilitation de TMS ou de troubles respiratoires (asthme), ou vasculaires ou digestifs ou immunitaires.

Toutes ces manifestations peuvent survenir dans d'autres circonstances de vie. Le lien total avec le travail peut n'être que relatif et secondaire avec des ressources externes de compensation, il est parfois principal ou l'élément déclencheur.

Quelle identification du travail en cause ? Des horaires ? Des quantités de travail ? Des procédures ? Des sollicitations harcelantes ? Des injonctions paradoxales ? Des quantités de courriels ? la variabilité et la dispersion, l'intensité, la complexité ? Et tout ça avec quelles définitions ? quels seuils ?

Les facteurs qui aboutissent à un envahissement mental professionnel et qui entraînent un épuisement sont certainement analysables mais ce sont le plus souvent des conjonctions de facteurs qui accablent et enferment le travailleur et lui enlèvent ses marges de manœuvres, sa capacité d'agir et même de retrait. L'identification a priori de l'organisation du travail en cause par des items prédéfinis est sans doute un bon objectif. Des propositions sont attendues, mais gageons qu'elles seront très restrictives dans le compromis de négociations patrons-syndicats, et il faudrait surtout éviter que ces limites entravent les investigations et les prises en compte des pathologies psychiques, comportementales et psycho somatiques très variées qui surviennent avec le travail. Il serait bien téméraire de croire qu'une analyse de clinique médicale du travail pourrait être épargnée.

CRRMP ? Ceci pose évidemment la question de la reconnaissance des maladies professionnelles en dehors des tableaux. Le dispositif des commissions régionales de reconnaissance des maladies professionnelles reste très insuffisant, trop souvent inéquitable, et à développer.

Pour éviter cette restriction, ou l'absence de tableau, la déclaration d'accident du travail est une solution légitimement recherchée par certains salariés, leurs représentants ou des professionnels de santé. C'est parfois possible, mais la recherche de l'élément de travail catégorisé et temporalisé, causal ou au moins déclencheur de la pathologie, est sujette à des interprétations et des contestations peu sécurisantes.

Le simple fait de la nécessité d'un taux de 25% d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) est un non sens particulièrement scandaleux si on pense que la plupart de ces pathologies mentales réactionnelles sont guérissables et/ou réversibles.

L'accessibilité temporelle des CRRMP est à renforcer ainsi que le maillage et l'élargissement aux experts en santé travail.

Note de lecture...Note de lecture...Note de lecture...Note de lecture...Note de lecture...Note

Cancer Professionnel et hasard ?

En ces premiers jours de 2015, les médias ont diffusé le message selon lequel le cancer serait essentiellement le fruit du hasard. Une aubaine pour les industriels de l'amiante, de la chimie, des pesticides, du nucléaire, du pétrole et j'en passe... Annie Thébaud Mony, sociologue associée au GISCOP 93 et que nous avons citée à plusieurs reprises dans ce journal, dénonce et démontre l'imposture de cette publication scientifique, au passage, sponsorisée par un industriel américain. À lire pour s'y retrouver – Le Monde du 7 janvier 2015

Interview de Pascal Marichalar

Sociologue au CNRS, Pascal Marichalar s'intéresse à la médecine du travail depuis 2006. Il a soutenu sa thèse de doctorat sur le sujet en 2011. Dans un petit livre paru il y a quelques mois, *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question* (Paris, Presses de Sciences Po), il présente de manière accessible les principaux résultats de ses recherches. Il a accepté de répondre aux questions du JST.

Q : Pourquoi s'être intéressé à la médecine du travail aujourd'hui, alors que c'est une spécialité que beaucoup présentent comme étant en voie de disparition ?

Les travaux des historiens montrent bien que la médecine du travail est depuis 1942 la clé de voûte du système français de prévention des risques professionnels. C'est une spécialité unique, dans la mesure où elle est à l'interface entre le monde du travail et le corps des salariés, offrant un observatoire privilégié sur les interactions entre les deux. C'est aussi une profession en porte-à-faux structurel, coincée entre une mission officielle de prévention (« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ») et d'autres attentes plus « économiques », en termes de coût, de discipline ou de sélection des travailleurs (notamment au travers de l'avis d'aptitude). Toutes ces raisons me semblaient justifier de s'intéresser aux médecins du travail. Je précise par ailleurs que le déclin de la médecine du travail m'est vite apparu comme faisant aussi partie de ma recherche. De nombreux matériaux recueillis au cours de ma recherche m'ont aidé à comprendre que ce déclin avait pu être facilité, voire encouragé, dans les dernières décennies, dans le cadre de divers projets visant à modifier le système de prévention et à le rendre plus « technique », moins humaniste, et souvent plus business-friendly.

Q : Pourquoi avoir choisi ce titre qui peut sembler provocateur ?

Le livre s'adresse d'abord aux principaux bénéficiaires (en principe) de ce système, c'est-à-dire les salariés. Or, il m'est apparu que les salariés se posent souvent la question de la confiance qu'ils devraient accorder au médecin du travail : est-il de leur côté ou de celui de l'employeur ? Parfois, c'est par ignorance du statut réel de ces praticiens. Ou, au contraire, c'est parce qu'ils ne comprennent que trop bien que leur médecin du travail est dans une position d'entre-deux, souvent inconfortable. Combien de salariés se retiennent de tout dire au médecin du travail, par peur d'être déclarés inaptes (puis licenciés) ? Combien sont incertains de la solidité du secret médical, et s'auto-censurent en conséquence ? Par une analyse des contraintes qui encadrent l'activité de ces praticiens, et une description précise de la réalité de leur travail quotidien, j'ai voulu donner une vision plus nuancée. J'espère avoir réussi à montrer à la fois la réalité des pressions de l'ordre productif sur la médecine du travail (souvent implicites, inconscientes), et la manière dont il est parfois possible de s'en affranchir et d'aider les salariés à efficacement protéger (ou « construire ») leur santé.

Q : Quelle a été ta méthode de travail ?

J'ai commencé en réalisant un travail classique de sociologie qualitative : une enquête de terrain auprès de médecins du travail de divers horizons, exerçant en services interentreprises ou autonomes, de différentes générations, des deux sexes, etc. J'ai fait des entretiens longs et, souvent, répétés à quelques mois d'intervalle, en posant des questions concrètes sur le travail au quotidien. J'ai suivi des médecins du travail en entreprise et dans des CHSCT. J'ai également tenté de participer à la plupart des grands événements collectifs de la profession, comme le congrès bisannuel.

Un deuxième volet de mon travail est d'inspiration plus historique, grâce au SNPST qui m'a généreusement ouvert ses archives – et notamment ce qu'il y avait sur l'action patronale et sur les contentieux impliquant des médecins – sous réserve d'une anonymisation des matériaux cités. L'analyse de dizaines de cartons d'archives m'a permis d'accéder à toute une dimension de l'activité des praticiens qui m'était restée jusque-là invisible : celle des relations institutionnelles, visible dans la correspondance entre médecins, employeurs, directeurs et présidents de service, inspection médicale du travail, Ordre des médecins... Notamment, les dossiers de contentieux m'ont permis de voir toutes les manières par lesquelles certains acteurs peuvent peser sur l'action des médecins, et inversement, comment ces derniers parviennent à conquérir leur autonomie dans des conditions défavorables (par exemple en utilisant la technique du courrier à l'employeur avec d'autres



destinataires en « copie visible »).

Enfin, j'ai aussi bénéficié de toute la réflexion qui avait déjà été engagée par les médecins du travail eux-mêmes depuis plusieurs décennies, visible dans des revues, livres, actes de colloques et articles divers. Une partie de mon travail consiste en une présentation de ces réflexions, portées au crédit de leurs auteurs, et réinscrites dans le cadre de certaines grandes réflexions sociologiques.

Q : Justement, à quelles questions sociologiques as-tu voulu répondre à travers cette recherche ?

La médecine du travail me semble un cas d'école pour comprendre ce que signifie l'autonomie professionnelle quand on est salarié. En effet, le droit du travail définit le rapport salarial comme un rapport de subordination. Dès lors, que signifie être indépendant (comme le sont en principe les médecins du travail) lorsqu'on est salarié ?

Le principal résultat de ma recherche est qu'il y a de nombreux accommodements (plus ou moins conscients) entre la subordination et l'autonomie. Par exemple,

dans les services interentreprises, l'indépendance des médecins dans les actes médicaux est (presque)

totale, personne ne viendra s'immiscer dans le cabinet médical pour qualifier leurs décisions. En revanche, les directions de service trouvent normal de contrôler les aspects « organisationnels » ou « administratifs » de l'activité de leurs salariés (par exemple, leur emploi du temps...). Ce qui n'est pas sans effet sur ce qu'il est possible de faire d'un point de vue médical...

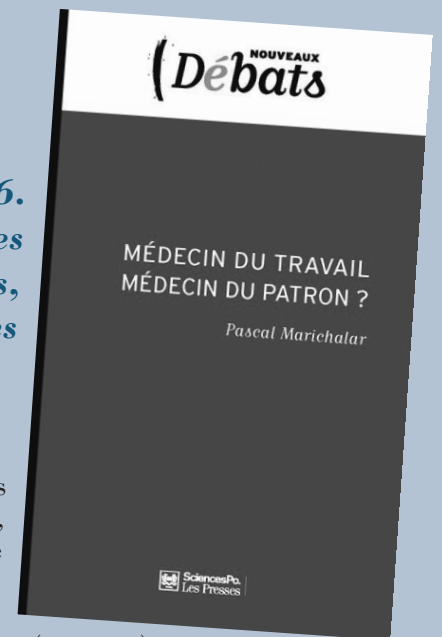
Dans les services autonomes, il m'a semblé que les limites de l'autonomie se trouvaient plutôt dans toutes les pressions (parfois très subtiles) pour encadrer la définition légitime du métier de médecin du travail. Cette dernière varie fortement d'un établissement à l'autre. Le fait que certains praticiens se concentrent davantage sur les problèmes d'alcool ou de nutrition, alors que d'autres investissent le terrain des cancérogènes professionnels, est un reflet des attentes et des pressions variées qui pèsent localement sur les médecins du travail.

Enfin, l'autonomie des praticiens est également, et paradoxalement, limitée par les textes réglementaires eux-mêmes, touffus et contradictoires. L'empilement des strates réglementaires témoigne des attentes contradictoires vis-à-vis de l'institution. Par exemple, la nécessité de décider de l'aptitude pèse fortement sur les marges de manœuvre des médecins en termes de prévention. Ainsi, l'aptitude leur prend du temps, elle suscite la défiance des salariés, et finalement elle les éloigne de la prévention stricto sensu.

Q : Que penses-tu des récentes affaires confrontant les médecins du travail à l'Ordre des médecins ?

Le dernier chapitre de mon livre se concentre précisément sur les rapports entre les médecins du travail et les autres médecins. Historiquement, on peut voir que l'Ordre des médecins, défenseur d'une conception libérale de la médecine, a rarement soutenu les médecins du travail. Plus généralement, l'étude des contentieux m'a permis de voir que les plus redoutables adversaires des médecins du travail étaient bien souvent... d'autres médecins.

En effet, un employeur peut difficilement s'ingérer dans la part médicale de l'activité d'un praticien sans qu'il soit évident que les garanties d'indépendance de ce dernier sont bafouées. En revanche, j'ai vu que si ce n'est pas l'employeur, mais un autre médecin recruté par l'employeur qui s'immisce dans l'activité de son « confrère », ce dernier a beaucoup plus de difficultés à résister. De nombreuses affaires mettent ainsi des médecins du travail aux prises avec des médecins-chefs, médecins-coordonateurs, représentants de l'Ordre, médecins-inspecteurs, médecins généralistes ou spécialistes qui, pour diverses raisons, ont un positionnement « proche » de celui des employeurs. Le sujet de la subordination entre médecins semble tabou dans la grande famille de la médecine, pourtant les médecins du travail en souffrent, d'autant plus que leur spécialité est relativement dévalorisée.



Travail du dimanche et horaires décalés

Problème de santé et travail ?

par Luc Gerson

L'intérêt de l'extension du travail le dimanche est présenté comme évident du point de vue économique.

D'une façon simpliste, deux principaux arguments sont avancés, le commerce touristique de la métropole en concurrence avec d'autres destinations, et l'augmentation de la consommation pour des citoyens qui ne peuvent pas dépanser tout ce qu'ils veulent les autres jours de la semaine. Je ne suis pas économiste et donc bien incapable d'apprécier l'impact financier d'une telle mesure. Mais, si le bénéfice qu'on peut en tirer pour notre balance commerciale ne concerne que les produits de haute valeur ajoutée locale ou nationale, grosso modo luxe et parapharmacie, il faudrait mettre en débat d'autres impacts sociétaux et peut être circonscrire d'autres formes de réponses mieux ciblées à cet intérêt économique. J'aurais cru que la population qui n'avait pas le temps d'accéder à des dépenses pendant la semaine était très réduite, et alors, j'aurais eu tendance à explorer leur pleine occupation hebdomadaire pour comprendre les activités qu'ils ne peuvent pas confier aux cinq millions de chômeurs ou les conditions socio familiales qui les envahissent à ce point. Les stratégies commerciales auraient-elles tant attiré les consommateurs dans leurs espaces que la dépendance serait devenue une accoutumance ?

Néanmoins les intérêts de profits financiers éventuels ne devraient pas être le seul critère dans le débat, et le maintien ou l'amélioration globale de la qualité de la vie des citoyens usagers et travailleurs doit redevenir la question principale.

Le travail

le travail en jeu est celui des commerces et des services,

et la nature du travail du dimanche peut différer des autres périodes par des variations inhabituelles de charges de travail et par des manques de ressources d'échanges, dont une partie communication numérique devient accessible maintenant en continu. Il ne faudrait pas négliger des risques de perturbations des conditions de travail par un plus grand morcellement, de moindres soutiens collectifs ou de dilution de règles de sécurité. C'est donc sans doute moins par la nature du travail lui-même que par l'interaction du décalage horaire avec l'environnement socio familial que les équilibres des travailleurs pourraient être atteints. On comprend sous cet aspect qu'une partie de la population en rupture de mission familiale ou d'appartenance sociale collective, une fraction étudiante par exemple, soit demandeuse de cette liberté de travailler plus le dimanche. Les précaires seront évidemment aussi demandeurs dans la mesure où leurs revenus ne permettent même pas les besoins fondamentaux qui seraient ainsi comblés.

et la santé ?

L'impact du travail sur la santé des travailleurs et des travailleuses du dimanche aurait pu être exploré par les horaires décalés. Force est de constater que les investigations sur ce thème n'ont pas spécifiquement ciblé le travail du dimanche. En plus d'effets bien connus du travail de nuit sur l'atteinte des rythmes de sommeil, des systèmes cardiovasculaires immunitaires et inflammatoires ou sur l'équilibre alimentaire, des études ont montré des effets directs sur la santé pour les horaires de travail tôt le matin notamment. Ces résultats ne peuvent pas être extrapolés au travail du dimanche. Si des effets secondaires sont dus à l'interaction avec les rythmes et les incontournables fonctions sociales

et familiales, la mise en évidence de ces effets indirects est certainement plus délicate et à réaliser avec encore plus de prudence. L'absence d'étude épidémiologique spécifique ne justifie pas pour autant le déni des atteintes potentielles à la santé. La recherche légitime de lien santé travail indirect passe donc aussi par le questionnement sur la prégnance des interactions avec la situation socio-familiale et sur l'emprise sur le vécu des salariés.

Il serait irresponsable de ne pas en entreprendre la recherche. Mais quels moyens pour les services de santé au travail qui seront opérationnels pour accompagner les travailleurs du dimanche à cet appropriation du questionnement et à la collecte de données restituables ?

La consultation périodique de santé au travail resterait un outil de dévoilement possible, si elle est bien préparée avec un minimum de critères.

Au moins l'accessibilité des travailleurs en souffrance devrait-elle être facilitée, et là des dispositifs seront à inventer dans tous les services de santé au travail, car la législation est insuffisamment cadrante sur le sujet et les pratiques et usages de la plupart des services sont largement insuffisants.

L'extension du travail du dimanche n'est pas qu'un problème économique. Son efficacité pour l'emploi sans doute minime est invoquée au risque d'occulter les recherches de solutions plus structurelles sur la répartition des solidarités et sur des reconquêtes productives. C'est une grande régression politique que les enjeux de bien être social et de santé au travail ne soient pas questionnés au même titre que l'économie dans ce débat politique. C'est aussi un choix sociétal.

Le SNPST organise une
journée de formation syndicale
ouverte à ses adhérents

vendredi 13 mars 2015 à Paris

thèmes : NAO - rôles des DP et des DS

Inscriptions et renseignements
auprès du secrétariat

Tél. 05 61 99 20 77 ou contact@snpst.org

Le prochain numéro 8
de la Revue du JST

abordera le thème
de la représentation
professionnelle en santé
travail.

Sortie prévue 2^{ème} semestre 2015

Infirmier en santé au travail un métier en construction

Par Véronique BACLE et Gérard LUCAS

L'arrivée des infirmiers en santé au travail (IST) dans les services inter entreprises (SIST) n'est pas toujours synonyme de bien être. Le nombre de démissions d'infirmiers est significatif et montre à lui seul qu'ils ne trouvent pas toujours l'activité épanouissante ou le positionnement qu'ils espéraient. Les recherches de changement de secteurs, de partenaires médecins sont assez fréquentes pour compliquer la répartition des charges dans certains services, alors que l'on sait que la durée de suivi d'une population de travailleurs et l'accumulation des connaissances de leur environnement de travail est un atout pour le suivi de la santé des salariés et les préventions.

Nous sommes aussi trop souvent alertés par des situations de souffrances qui entraînent des décompensations, des arrêts de travail, des conflits, voire des contentieux, qui ne se résolvent pas si facilement.

Ne minimisons pas les difficultés : le métier d'infirmier en santé au travail est encore à construire dans les SIST, comme dans les entreprises. Leur positionnement est loin d'être consolidé, entre une responsabilité technique et fonctionnelle du médecin du travail pas toujours correctement formalisée, et une hiérarchie de direction du service transgressive sur le contenu de leur activité. Le manque de cadrage est parfois source d'illusions, alors qu'ailleurs des protocoles restrictifs empêchent l'adaptation à la mission et le déploiement des potentialités. Des insuffisances de ressources, de formations, ou de compagnonnages sont souvent observées et limitent l'émulation des coopérations.

L'acquisition de connaissances en santé au travail est incontournable pour tous les infirmiers qui découvrent le milieu des entreprises, sans attendre, et les acquis d'expériences des infirmiers qui viennent des entreprises doivent être évalués et validés pour assurer d'éventuels compléments. L'entretien santé travail infirmier (ESTI) notamment ne doit pas être laissé à l'empirisme mais faire l'objet d'un véritable apprentissage et d'évaluation professionnelle continue. Le renforcement de cette spécialisation est à confirmer en attendant la reconnaissance de spécialité qui, à notre avis, s'imposera.

La définition du rôle de l'IST peut être perturbée par la confusion des missions des SST. Il est important de réaffirmer que sa raison d'être est **de participer au suivi de la santé des travailleurs avec le médecin du travail**. Cette participation n'est pas une assistance exécutive du médecin, c'est une contribution en coopération. Le suivi de la santé des travailleurs n'est pas une surveillance médicale, ni un contrôle ou une sélection des travailleurs. L'ESTI est un moment essentiel interactif qui montre une efficacité dans le dévoilement

de la relation santé travail, une aide à la prise de conscience du sujet, une étape d'accompagnement individuel et une source de recueils et d'appréhension du travail vécu réel remarquable. Il n'est plus rare que des salariés se disent mieux pris en compte par l'IST grâce à l'acuité de pratiques d'ESTI et la médecine du travail sait désormais que c'est une plus value qu'il faut développer.

L'écoute, la formalisation et le recueil des souffrances, comme des bien être en relation avec les situations de travail constituent des investigations qui instruisent le diagnostic, orientent et permettent l'élaboration de préconisations : elles sont un atout important pour permettre au médecin du travail d'assurer sa mission.

Pour que le travail des IST ait un sens et s'ancre dans le réel, les entretiens doivent être enrichis en amont et en aval ; en amont par des contacts et des observations sur les sites des travailleurs, et en aval par l'implication dans les échanges avec les entreprises et les collectifs de travail, avec le réseau de soins et de santé. Le tiers temps est partie intégrante aussi de la fonction des IST.

La substitution du médecin du travail par l'infirmière de santé au travail est un débat dépassé. L'enjeu est la coopération : ce n'est pas l'un OU l'autre, c'est l'un ET l'autre. La confiance nécessaire à ce partage coopératif ne se décrète pas, ne s'attend pas, elle se construit sur des principes de respect, de compromis, de complémentarité et d'échanges continus et renouvelés.

La coopération qualitative sera préférée aux décomptes d'actes, même si des exigences quantitatives sont inéluctables.

Les sphères d'autonomie technique et d'initiatives

doivent être importantes. La responsabilité « médicale » n'enlève pas aux IST les perspectives de responsabilité d'animation de projets où l'expérience et la personnalité s'expriment.

Le Développement Professionnel Continu, qui n'a pas encore pris son essor et qui s'impose aux professionnels du code de la santé publique, pourrait être porteur de perspectives.

Certes les échecs de coopération médecins du travail et infirmiers santé travail et les contrariétés existent, mais de bonnes expériences se multiplient et offrent des pistes pour reconstituer un pôle de suivi médical pertinent dans les services de santé au travail.

L'appropriation de la dimension IST par de nombreux infirmiers d'entreprise, avec notamment la pratique des ESTI et le rapprochement et la clarification de leur rôle avec les médecins sont aussi des signes de la constitution d'un vrai métier d'infirmier de santé au travail. L'implication des médecins du travail dans ces coopérations est en progression.

En attendant l'évolution du dispositif, des clarifications réglementaires et l'amélioration des gouvernances, nous avons de bonnes raisons d'espérer que le métier d'infirmier en santé au travail va prendre une place prégnante et digne dans les SST, au service de la santé des travailleurs.

Le Ministère du Travail est attendu

Lors de sa dernière rencontre avec la Direction Générale du travail, le SNPST a alerté sur les atteintes à l'indépendance de l'exercice des infirmiers de santé au travail en entreprise, par exemple :

Des ingérences de plus en plus importantes des services RH ou Hygiène et Sécurité dans la réalisation des entretiens santé travail infirmiers avec des demandes sur le contenu, des exigences de réalisation et de rendement...

Des exigences d'actions en milieu de travail sans concertation avec le médecin du travail.

Des pressions sur le secret médical

Des pressions sur la non déclaration des accidents du travail

Des demandes ne relevant pas des missions des infirmiers : statistiques arrêt de travail, dossier COTOREP, fiche de données de sécurité.

La DGT a déclaré qu'elle allait étudier la question, et nous attendons des dispositions pour prévenir ces dérives dans les entreprises.

Du fait de cette activité clinique médicale lors des consultations, le médecin du travail peut éventuellement rédiger des préconisations individuelles mentionnées dans l'article L4624-1 du code du travail, « telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs ». A l'instar de ce qui a pu être dénoncé, il ne s'agit pas du tout d'« avis d'aptitude « avec réserves » (...) avec de telles restrictions qu'ils constituent quasiment une inaptitude » : il s'agit bel et bien de prévoir des transformations préventives, parfois valables pour tout le collectif de travail, puisqu'il paraît évident que tous les salariés n'ont pas un corps identique, qu'ils vieillissent et qu'un médecin est bien placé pour conseiller un employeur sur ce sujet. Il s'agit de faire en sorte que le poste de travail n'abîme pas davantage la santé du salarié, ni même celle des autres salariés. Par exemple, quand un médecin du travail conseille de limiter la manutention lourde, il faudrait sans doute penser à améliorer cette situation de manutention lourde pour tous les salariés.

Actuellement, à l'issue des consultations de tous les salariés d'une entreprise, le médecin du travail peut

également avoir identifié un risque lié à une organisation du travail ou des traces déjà existantes d'expositions professionnelles. Son analyse précise de la situation lui permet de rédiger des écrits motivés et circonstanciés des mesures visant à préserver la santé des salariés (de l'article L4624-3 du code du travail), éventuellement sous la forme d'une alerte. La légitimité d'une alerte médicale dans l'entreprise apparaît parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes touchées. Elle est alors transmise à la collectivité de travail pour que chacun des acteurs (employeur, représentants des salariés et médecin du travail) puissent participer à la construction d'une vraie politique de prévention de la santé au travail.

Il est impératif que soient préservés les entretiens réguliers des salariés avec les membres de l'équipe médicale (c'est à dire l'équipe constituée par le médecin du travail assisté d'une ou plusieurs infirmières du travail formées et sous sa responsabilité). Ne pas accorder les moyens nécessaires à leur réalisation serait renoncer à assurer le droit constitutionnel à la protection de la santé au travail. Par ailleurs, l'accès direct aux consultations des équipes médicales de santé au travail doit également être préservé : il est complémentaire au

suivi périodique notamment pour les situations de souffrances au travail ou d'une pathologie rendant l'activité difficile, non pour décréter un avis d'aptitude ou d'inaptitude mais pour entendre, diagnostiquer et accompagner. Cet accompagnement vise alors à préserver la santé du salarié, en préconisant une modification du poste de travail, en certifiant si besoin d'un impératif retrait d'une situation délétère, ou en permettant au salarié de reconquérir un pouvoir d'agir. L'aptitude au poste de travail est à l'opposé du principe d'adaptation du travail à l'homme présent dans le droit français, européen et dans plusieurs conventions internationales signées par la France. L'aptitude au poste de travail doit disparaître.

Libérée de l'aptitude, la médecine du travail basée sur une activité clinique médicale individuelle systématique périodique de chaque salarié réalisée par l'équipe médicale et complétée par l'activité en milieu de travail assurée par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, pourra ainsi jouer pleinement son rôle d'information et de conseil à la communauté de travail en matière de prévention individuelle et collective des risques professionnels.

Mission sur l'aptitude ... et plus.

Le 7 novembre, dans les suites de la publication des mesures de simplification, les ministres de la santé et du travail ont confié une mission commune « aptitude et médecine du travail » à quatre personnes M.P. Boissier, chef de l'inspection générale des affaires sociales, M. Issindou député de l'Isère, C. Ploton DRH Renault et S. Fantoni-Quinton Professeur de médecine du travail et Docteur en droit.

La mission est centrée sur la notion d'aptitude avec un état des lieux, sa pertinence médicale, juridique et au regard de la mission des Services de Santé au Travail. Mais la mission est élargie à « la réflexion sur les modalités les plus pertinentes de suivi de la santé des salariés dans une visée préventive.

La composition particulière de la mission surprend plus d'un acteur. Mais on voudrait espérer que ces « experts » engrangent des concertations cohérentes et enclenchent des propositions intelligentes qui inverseraient la détérioration spacieuse de cette dernière décennie sous la domination du patronat secondé par le CISME et avec des organisations syndicales timorées par des positions défensives institutionnelles et concurrentielles.

Les limites et les méfaits des avis d'aptitude en médecine du travail sont dénoncés depuis longtemps. L'association santé et médecine du travail, le Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail avec des sociologues, des militants syndicaux et d'autres associations et personnalités éclairées n'ont cessé d'alerter. Ces inlassables lanceurs d'alerte ont prévu et déploré la pénurie et ses effets, ont proposé le redéploiement de l'activité clinique médicale du travail et d'équipes médicales coopératives. Leurs quelques idées reprises l'ont été dans un cadre détérioré ou détourné. Il serait temps qu'ils soient enfin non seulement auditionnés mais intégrés à l'élaboration des modalités plus pertinentes de suivi des salariés dans un visée préventive ».

>> Le SNPST à votre écoute >>

POUR NOUS CONTACTER : contact@snpst.org

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

le Journal

des professionnels

N° 57

FEVRIER
2015

de la Santé au Travail

12 impasse Mas • 31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

<http://snpst.org>

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

Commission paritaire : 1016 S 05549

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL, 01 34 25 82 80

Responsables de rubrique :

ACTUALITE SYNDICALE : Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Jean-Michel Sterdyniak

CONTENTIEUX : Michel Hamon

TERRAIN : Patrick Bouet

EUREKA : Gérard Lucas

INSTITUTION : Mireille Chevalier

CHANTIER : Véronique Bacle

ENTRETIEN : Jean-Michel Sterdyniak

Ont collaboré : Luc Gerson, Florence Jégou, Pascal Marichalar, Jacques Ravon

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Imprimerie Cyan 12
75 avenue Parmentier / 75544 Paris Cedex 11
06 18 72 55 53