

<b>Actualité syndicale</b> ...p2	Professionnel Continu enjeu dans les SST
• Rencontre avec la Direction Générale du Travail : perplexité	<b>Interview</b> .....p5
• Contentieux	• Les internes et l'avenir
<b>Terrain</b> .....p3	<b>Chantier</b> .....p6
• Coopération infirmier/médecin en santé au travail : un exemple en Suisse	• Valeurs limites biologiques (VLB)
<b>Institution</b> .....p4	<b>Euréka</b> .....p7
• Agence Nationale de Développement	• Risques Psychosociaux : quelle approche pour quelle action ?

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 62

NOVEMBRE 2016

**L'**impact de la loi travail sur le dispositif santé au travail n'est pas anodin, il confirme l'incurie de réformes successives soumises aux réactions tardives et aux lobbys plutôt que pensées en perspective pour la préservation de la santé des travailleurs. Avec de nombreux acteurs de terrain, le SNPST mise sur des résistances constructives éthiques. En Suisse aussi, les infirmiers en santé au travail deviennent des acteurs de première ligne incontournables qui permettent de mailler l'accompagnement de la santé au travail. L'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu devrait promouvoir l'amélioration des pratiques, mais ce ne sera pas sans une reconquête des professionnels médecins et infirmiers salariés face à la délégation tacite concédée à des employeurs en plein conflit d'intérêts.

**Les internes en médecine du travail montrent par leur association ANIMT que le métier en vaut la peine. Leurs visions et leurs attentes ne sont-elles pas les nôtres ? Il nous faudra beaucoup de lucidité et de perspicacité pour ne pas laisser des normes approximatives empiriques et de compromis se substituer à l'identification des atteintes à la santé au travail, surtout avec le caractère intrusif de valeurs limites biologiques. Les risques psychosociaux, comme les risques physiques ou chimiques, ne doivent pas être réduits à des statistiques, des normes ou des protocoles, mais faire l'objet d'investigations cliniques dans le concret et la durée pour redonner le pouvoir d'agir aux travailleurs, leurs collectifs et les entreprises.**

**Oui, il y a de l'espoir dans notre travail.**

**Gérard Lucas**

## Loi travail : impact sur la santé au travail

par Gérard Lucas et Mireille Chevalier

*Certaines dispositions de la loi travail vont probablement modifier des conditions de travail particulièrement par de nouvelles précarités d'accord d'entreprises sans contre-pouvoir syndical, sur les flexibilités horaires par exemple. Mais c'est aussi avec l'article 102 concernant la médecine du travail que la santé au travail des salariés et de l'ensemble des travailleurs peut être impactée. L'intrusion dans le dispositif des services de santé au travail de missions contrôle par des avis d'aptitude médicale à des postes à risques et la sécurité des tiers est régressif. De plus l'assouplissement du suivi périodique, légitimement attendu, reste soumis à des gouvernances de services avec des employeurs en conflits d'intérêts et le droit d'accès de tout travailleur aux services de santé au travail n'est ni protégé, ni amélioré.*

### Un peu d'histoire

Rappelons d'abord la genèse historique de cette disposition législative pour laquelle d'ailleurs la rédaction des décrets d'application, annoncés dans l'imminence, tourmente semble-t-il les services du ministère du travail lui-même. Après la dernière moitié du vingtième siècle, des améliorations conséquentes étaient apportées par la formalisation du tiers temps prenant mieux en compte le travail et par la formation d'un nombre significatif de médecins du travail pour mailler les entreprises sur le territoire. Mais les employeurs ont gardé la main qu'ils avaient mise dès le départ sur la gestion des services de santé au travail. Les décrets de 2004 dédaignaient les alertes de prévisions de pénurie de médecins du travail du Syndicat National des Professionnels de Santé au Travail en officialisant une pluridisciplinarité bien plus orientée vers des prestations pour les entreprises. La loi de 2011 a confirmé cette tendance en matière de sécurisation juridique des conditions de travail pour les entreprises tout en affirmant préserver le suivi de la santé des salariés avec les Infirmières en Santé au Travail que le SNPST s'était trouvé bien seul à promouvoir avec le Groupement des Infirmières du Travail. À cette étape, la contre-productivité en matière de santé au travail des avis d'aptitude médicale était déjà largement renseignée par des professionnels, des scientifiques et des acteurs sociétaux. Hélas ils restaient institués, demandés par les organismes représentant les em-

ployeurs, revendiqués par quelques médecins du travail qui y voyaient leur légitimité, annexés dans les pré-occupations secondaires des grandes organisations syndicales de salariés.

### Des lobbys

Force est de constater que l'élaboration de cette réforme de la médecine du travail a été une fois de plus dominée par les lobbys employeurs et non par les tenants de l'amélioration de la santé des travailleurs, professionnels, syndicaux ou chercheurs. La progression de l'analyse de l'inefficacité des avis d'aptitudes du côté du ministère de la santé et même du ministère du travail allait ouvrir enfin la porte à un suivi de la santé des travailleurs conforme à la possibilité du dévoilement des liens santé travail et leur accompagnement par les services de santé au travail sans rupture avec le système de santé. C'était sans compter sur l'action et l'insistance des lobbys patronaux qui, en surfant sur les vagues de faveurs de ce gouvernement pour l'entreprise, ont déferlé sur le ministère de l'économie et des finances. Ce dernier s'en est fait plus que leur porte parole, a fait irruption dans la santé au travail par la loi « Macron » et a imposé la prorogation législative de l'aptitude pour les postes à risques. Pire, la loi travail y ajoute dans le même L4624-2 l'aptitude pour la sécurité des tiers qui avait pourtant été détachée clairement de la médecine du travail dans le domaine des transports par la jurisprudence de la décennie précédente. On a compris que le MEDEF

a été très actif dans ce lobbying. Il ne faut pas nous étonner que le CISME (Centre Interservices de Santé et Médecine du Travail en Entreprise), représentant d'employeurs, ait été dans cette même logique. Il considère le pouvoir d'aptitude des médecins comme un cumul d'actes justifiant une masse de prestations, impliquant une division du travail facilitant leur emprise sur le management de la pluridisciplinarité, et les exonérant de la pertinence pour le système de santé. Même les quelques médecins de la CGC ont été offusqués de l'extension des avis d'aptitudes sécuritaires pour les tiers !

L'affichage de la généralisation du suivi de la santé des travailleurs par l'article 102 de la loi travail serait une bonne intention. Mais la loi laisse perdurer la dispersion et la dilution des moyens aux mains des employeurs. Plus grave, elle affranchit les employeurs de la prise en compte des avis de la médecine du travail (article L4624-7 et suivants) en remplaçant le contrôle régalién de l'inspection du travail par le recours contentieux aux prud'hommes, où les moyens de beaucoup d'employeurs sont bien supérieurs à ceux des salariés isolés même avec une recrudescence imaginée et espérée des appuis syndicaux. Surtout si des employeurs continuent d'avoir la complicité de Conseils de l'Ordre des médecins avec leurs juridictions d'exception qui imaginent des manques à la déontologie dans les élaborations les plus affûtées des avis des médecins sur les liens santé travail.

Nous constatons un glissement de la régulation des conditions de travail et de la prise en compte de leurs effets sur la santé aux entreprises. Certes, le pouvoir régalién et les intermédiaires professionnels de santé au travail ne sont pas sans défaut y compris le pouvoir médical, mais, dans le contexte de mondialisation financière et de concurrence, il s'agit bien là

# Rencontre avec la Direction Générale du Travail : perplexité

par Jean-Michel Sterdyniak

Souhaitée par les deux parties, une rencontre a eu lieu début octobre entre la DGT, représentée par Monsieur Patrick Maddalone, sous-directeur du travail, en charge de la préparation des décrets de la loi travail et une délégation du SNPST. L'accueil fut plus que sympathique et la discussion ouverte et cordiale. Las, nous avons pu mesurer la distance, pour ne pas dire le fossé, entre ce que la DGT attendait de nous et nos attentes propres. Alors que nous étions venus pour défendre nos idées (sur la gouvernance, la coopération, l'indépendance, la formation) et, une nouvelle fois, faire part de notre opposition résolue à l'aptitude sécuritaire, avec la volonté, sans doute naïve, de peser dans la rédaction des décrets, la DGT souhaitait de nous des avis, des conseils pratiques sur des questions techniques, par exemple, qui de l'infirmière ou du médecin doit voir en première visite les femmes enceintes, les mineurs... Surtout, nous avons fait l'objet d'un appel à l'aide pour la définition des postes à risques, avec demande d'une liste ! Il faut dire qu'empêtré dans le brouillard des points aveugles et des contradictions de la loi, la DGT a du mal à rendre cohérent le nouveau dispositif et n'a pas été en mesure de répondre aux questions que se posent les professionnels : quid de la visite de reprise, du statut du salarié pendant la nouvelle « procédure d'inaptitude », articulation consultations/inaptitude, nécessité de délivrer une inaptitude pour obtenir un changement de poste pour le salarié pour ne pas parler de la nouvelle procédure de contestation des avis du médecin du travail auprès des conseils de prud'hommes. Cette rencontre n'a pas dissipé nos craintes mais nous a laissés dans un sentiment de perplexité désespérante. Plus fondamentalement, elle a mis en évidence l'absence totale de compréhension des préoccupations professionnelles et éthiques des médecins et des infirmières, de la part de la DGT. À notre demande de savoir en quoi une visite d'aptitude avant l'embauche pour des travailleurs affectés à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé, (et nous avons pris l'exemple classique des travailleurs exposés à l'amiante et les recommandations actuelles), permettait de « prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé » (art L4624-2). La réponse, immé-

diante, a été que les salariés exposés à l'amiante resteraient soumis à un suivi renforcé car il ne faut pas se mettre à dos les syndicats. La réponse ne correspondait à la question mais elle pointe que la Médecine du Travail reste une variable d'ajustement dans les négociations entre partenaires sociaux. Certaines surveillances médicales renforcées seront maintenues pour ne pas déplaire aux confédérations syndicales de salariés mais l'aptitude sécuritaire est réaffirmée conformément aux souhaits du MEDEF et du lobby des DRH des grandes entreprises. Double langage aussi, puisque d'un côté, la DGT dit traîner un peu les pieds pour la définition des postes à risques, craignant que les employeurs ne s'y engouffrent et que la vérification de l'aptitude aux postes de sécurité embolise l'activité médicale, alors que dans le même temps aux journées du CISME, M. Struillou affirme que la DGT a poussé à cette réforme et la justifie au nom de la prévention et de la pluridisciplinarité. Mais cette réforme qu'il défend n'existe pas dans la loi relative au travail. En effet, dans la partie « moderniser la médecine du travail », il n'est nullement question de la santé au travail et encore moins de la santé des travailleurs. Il n'est pas question de prévention primaire ni de pluridisciplinarité. Comme elle ne parle pas de la santé des travailleurs, la loi n'est pas porteuse de sens pour nos métiers, nos missions et pour l'institution « médecine du travail ». Comment croire que l'on se préoccupe de la santé des travailleurs quand l'un des mots les plus usités est celui d'inaptitude (beau programme de modernisation pour la médecine du travail !). Comment pourrait-il en être autrement, dès lors que cette loi prend sa source dans les mesures de simplification à la Macron-Mandon ? Comme le voulaient ces mesures, la loi vise à la sécurisation juridique des employeurs, à l'allègement de l'obligation de reclassement et donc à la facilitation des licenciements des salariés rencontrant des problèmes de santé, « harmonisation » des avis des médecins du travail (comprendre encadrement). L'heure est donc à la résistance. Notre syndicat est en train d'en réfléchir aux formes possibles avec déjà des pistes et d'ores et déjà un exemple.

les médecins qui ont choisi de faire leur travail de prévention au service de la santé des salariés. Pire encore... On reproche au Dr ZYLBERBERG une attitude qui risquerait d'entraîner la perte d'entreprises adhérentes et la mise en péril de l'APST... C'est bien sûr l'indépendance du médecin du travail, pourtant affirmée par la loi, qui est ici en jeu... A l'issue d'une procédure qui pose d'ailleurs des questions sur la transparence du fonctionnement des institutions du service, notamment le vote du CA sur le licenciement, l'inspection du travail a finalement refusé le licenciement... pour vice de forme... mais sans se prononcer sur le fond... !! L'APST a alors décidé d'engager une procédure de mise à pied disciplinaire pour les mêmes faits. Il risque donc d'y avoir sanction, y compris financière, qui cette fois-ci n'est pas soumise à l'accord de l'administration. Des actions en justice devront être engagées pour en obtenir l'annulation. On peut aussi s'interroger sur l'utilisation par plusieurs membres de la direction de l'APST de leur titre de médecin dans leur fonction de direction. Il y a bien sûr incompatibilité et il pourrait être intéressant d'avoir aussi un avis de l'Ordre des médecins à ce sujet. Le SNPST apporte son soutien à son adhérent et invite toutes les organisations syndicales à se mobiliser pour mettre fin à ces manœuvres d'intimidation.

## La loi travailleur : Action au nom de l'éthique

Dans un service de santé au travail interentreprises les médecins ont interpellé à l'unanimité leur Conseil Départemental de l'Ordre par le président de leur CMT sur le secret médical d'abord :

« ...L'article L. 4624-7 II. énonce que « le médecin expert peut demander au médecin du travail la communication du dossier médical en santé au travail du salarié prévu à l'article L. 4624-8, sans que puisse lui être opposé l'article 226-13 du code pénal. »

Ils voudraient avoir votre avis sur la compatibilité de cette mesure avec le respect du secret médical. Il leur semble qu'à ce jour un expert désigné -sauf procédure judiciaire avec saisie-exerce de façon contradictoire avec les données transmises par les seules parties et avec leur accord. Et en l'espèce la loi El Khomri leur semble créer une nouvelle exception à la levée du secret médical.

A leurs yeux, cette mesure est contraire à la déontologie médicale, car le médecin expert sera désigné par le conseil des prud'hommes en cas de contestation de l'avis du médecin du travail par le salarié ou l'employeur. Confraternellement »

## sur la notion d'aptitude ensuite :

« ...La notion d'aptitude à prononcer pour « tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail », selon le nouvel article L.4624-2 de la loi les a interpellés dans leur conscience de médecins.

Ils estiment, en effet, qu'en l'état, cette loi introduit pour eux une obligation contraire au code de déontologie, notamment en ce qui concerne les articles :

Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique) qui précise que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ». Ce qui devient impossible pour une aptitude sécuritaire.

Article 100 (article R.4127-100 du code de la santé publique) : « Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne ».

Les médecins du travail ont été particulièrement attentifs au communiqué de presse du CNOM s'alarmant du « risque de dérive vers une médecine de contrôle ». D'où leur interpellation du CDOM de la Vienne.

Dans l'attente de sa réponse, ils refusent de formuler une aptitude à ce type de poste et à exercer une médecine de contrôle. En revanche, ils seraient prêts à préciser dans leur avis que « le poste ne présente pas de contre-indication vis-à-vis de l'état de santé du salarié », en précisant que « cet avis est rendu en fonction de la sincérité et de l'exactitude des éléments fournis par le salarié et des informations données par l'employeur sur le poste de travail désigné et dans les conditions normales de travail. Le poste de travail doit présenter toutes les protections collectives nécessaires et le salarié doit disposer de tous les EPI utiles. » Confraternellement »

## Contentieux

par Michel Hamon



## Soutien au Dr Zylberberg

Le Dr Jean-Louis ZYLBERBERG, médecin du travail de l'APST, service de santé au travail interentreprises à compétence professionnelle qui surveille des salariés du bâtiment et des travaux publics (BTP) de la région parisienne a fait l'objet en mars 2016 d'une procédure de licenciement pour faute. Pour justifier cette procédure la direction de l'APST reprenait à son compte des plaintes adressées par deux employeurs adhérents et faisant état notamment de propos décrits comme agressifs et violents et d'une attitude manifestement contre l'entreprise... Il lui était même reproché des propos tenus lors de visites médicales et qui auraient eu des conséquences sur les relations entre le salarié et l'entreprise... On comprend bien qu'il s'agit là d'une manœuvre destinée à se débarrasser d'un médecin du travail qui refuse depuis toujours de se soumettre aux pressions et injonctions de toutes sortes qui ont pour objectif de réduire au silence



# Coopération infirmier/médecin en santé au travail : un exemple Suisse

Par Véronique Bacle, Marie-Hélène Guyon, Karima Thorens



En Suisse, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, les entreprises doivent appliquer les prescriptions relatives à directive MSST (Médecins du travail et autres Spécialistes en Santé au Travail) relative à l'appel à des médecins du travail et aux spécialistes de la sécurité au travail si elles ne disposent pas dans leur entreprise des connaissances requises pour garantir la sécurité au travail et la protection de la santé.

En Suisse, sont considérés comme spécialistes de la sécurité au travail, les médecins du travail, les hygiénistes du travail, les chargés de sécurité et les ingénieurs de sécurité.

Depuis 2000, l'Association Suisse des Infirmières de Santé au Travail (ASIST) poursuit sans succès le travail d'argumentation auprès des autorités en vue de faire reconnaître la profession comme spécialiste du travail au sens de la directive MSST.

Pourtant, l'IST, au travers de ses rôles, propre et délégué, intervient au cœur de la promotion et du maintien de la santé physique, mentale et sociale des travailleurs en entreprise.

Source : <http://www.ekas.admin.ch/index-fr.php?frameset=20>

Lors du Congrès de Médecine et Santé au Travail de Paris, nous avons rencontré Marie-Hélène GUYON et Karima THORENS, infirmières de santé au travail au service de santé du département des finances (République et Canton de Genève), un service d'État, donc.

L'entretien a été suffisamment riche pour que nous souhaitions aller plus loin sur leurs conditions d'exercice.

La présence des infirmiers en santé au travail est loin d'être aussi réglementée qu'en France, et de plus l'organisation confédérale implique des différences entre cantons.

Nous allons donc évoquer le mode de fonctionnement de l'équipe dans laquelle elles évoluent, et un mode de coopération tout-à-fait intéressant.

## Une mission d'équipe

Cette équipe se compose d'un médecin du travail spécialiste, de deux médecins en reconversion à 30%, d'un médecin en formation santé travail à 60%, d'un psychologue, d'une assistante sociale et de quatre infirmiers. Ils suivent 20.000 salariés, mais le suivi de santé au travail n'est obligatoire que pour les salariés soumis à certains risques, les autres pouvant bien entendu solliciter le service de santé au travail.

L'action du service de santé porte donc sur :

- Le suivi des salariés soumis à certains risques ou contraintes de travail (horticulteurs, policiers, voyageurs...)
- Les sollicitations à la demande des autres salariés
- Et une priorité : le maintien dans l'emploi des personnes qui ont un problème de santé, en lien avec l'«assurance invalidité» (notre AGEFIPH). Un très beau taux de retour à l'emploi est constaté grâce à ces liens.



L'équipe se retrouve au cours des réunions hebdomadaires, qui permettent de débattre des situations difficiles ou des projets en cours.

Les deux infirmières interviewées soulignent la réelle coopération avec le médecin du travail, basée sur une totale confiance réciproque.

## Des infirmières « en première ligne »

Le médecin s'appuie beaucoup sur les éléments

recueillis par les infirmières, c'est une réelle articulation des compétences médicales et infirmières.

Celles-ci pratiquent les entretiens depuis longtemps, mais depuis deux ans, sont réellement « en première ligne » :

- Réalisations des entretiens, avec un « guide ligne », pour les salariés venant pour une « visite de risques professionnels », ainsi que « visites d'entreprise », les études de poste, les « études de l'activité »
- Accompagnement au maintien ou au retour à l'emploi : elles assurent le lien avec le salarié, ainsi qu'avec les hiérarchies et les médecins traitants
- Le retour au médecin du travail est systématique, et lui sont orientés les problèmes médicaux, complexes, ou les demandes d'avis médical.

Leur mission comporte aussi un volet prévention/informations, le suivi des vaccinations liées au travail, le suivi des voyageurs.

Pour leur exercice, une formation n'est pas obligatoire, mais les infirmiers santé travail sont cependant reconnus « spécialistes ». Un master santé travail existe, c'est une formation universitaire en deux ans après le diplôme d'infirmier.

La demande des infirmiers santé travail, regroupés dans l'Association suisse des infirmiers de santé au travail ([www.asist.ch](http://www.asist.ch)) ressemble (eh oui) à celle de leurs consœurs/confrères français : formation universitaire obligatoire, reconnaissance de la spécialisation dans les grilles. Cette association a produit un référentiel de compétences pour appuyer ses revendications.

Nous avons convenu de poursuivre nos échanges de pratiques car elles sont un enrichissement mutuel. Le SNPST se propose de travailler aussi à un référentiel de compétences et à un référentiel de formation, en cohérence avec la définition des missions élaborées précédemment par le syndicat.

POSTER <http://www.snpst.org/IMG/pdf/poster-sante2016.pdf>

## Du début de l'absence au retour au travail : une stratégie pluridisciplinaire coordonnée et centrée autour du collaborateur.

Auteurs/ Co-Auteurs : Michel GISLER, GENEVE, République et Canton de Genève, SUISSE, Marie - Hélène GUYON, GENEVE, République et Canton de Genève, SUISSE, Caroline Mange - Timis, GENEVE, République et Canton de Genève, SUISSE

L'administration cantonale genevoise compte 17 000 collaborateurs environ et offre une palette de métiers très variés.

Le service de santé du personnel, rattaché à l'Office du personnel de l'Etat est un service de santé au travail pluridisciplinaire et transversal au sein de l'administration. Parmi l'ensemble de ses missions, le maintien en activité ou la réinsertion de collaborateurs atteints dans leur santé est prioritaire. Pour mener à bien cette mission, une stratégie, coordonnée et échelonnée, impliquant le milieu de travail, les ressources humaines, l'Assurance - Invalidité (moyens auxiliaires / réadaptation professionnelle / rente), les Assurances accidents, les médecins du collaborateur, la cellule retour au travail et le service de santé du personnel se déploie autour du collaborateur, proactif, dès le début de son absence, puis tout au long de sa réadaptation afin de garantir un retour pérenne au poste, moyennant des adaptations de taux d'activité, de cahiers des charges, la mise à disposition de moyens auxiliaires....

Dès le début de l'absence, l'employeur envoie au Service de santé du personnel une demande d'évaluation médicale pour son collaborateur malade ou accidenté. Suite à cette annonce, une première analyse de la situation est menée par l'infirmière en santé au travail (entretien infirmier avec le collaborateur, prise de contact avec l'employeur, sollicitation du médecin traitant) permettant ainsi de planifier la suite des actions (consultations chez le médecin du travail, étude de poste...) et du suivi. Ce suivi, réalisé sur mesure et adapté à la problématique de santé du collaborateur, mobilisera les différents professionnels du service de santé, leurs partenaires institutionnels et le réseau de soins, tout au long de l'absence et plus encore en période de pré-reprise afin d'adapter les conditions de travail à l'état de santé.

# Agence Nationale de Développement Professionnel Continu enjeu dans les SST

par Gérard Lucas

*La loi de modernisation de la santé du 26 janvier 2016, article 114, a insitué l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) pour succéder à l'Organisme de Gestion de 2011. Le décret en Conseil d'État du 8 juillet 2016 lance le nouveau Développement Professionnel Continu, et ce nouveau DPC s'applique non seulement aux médecins mais à tous les professionnels de santé.*

L'objectif explicite est le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques.

**Formellement**, l'ANDPC est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) dont l'assemblée générale de plus de cent membres, où a été incluse in extremis la présence de deux médecins salariés, nomme un conseil de gestion. L'instance comprend un Haut Conseil, où on retrouve la Haute Autorité de Santé (HAS), un comité d'éthique, des sections professionnelles et des Comités Scientifiques Indépendants (CSI) par profession qui avisent ou rejettent les organismes de DPC ou leurs programmes.

Les missions de l'ANDPC encadrent assez précisément la gestion et le financement pour les professionnels de santé libéraux et des centres de santé, mais sont plus distantes pour les salariés, surtout non hospitaliers, pour lesquels le maintien de l'inféodation au dispositif de Formation Professionnelle Continue tout au long de la vie n'assure pas la préservation des moyens de cette obligation que n'ont pas les autres salariés non concernés par le code de la santé publique.

C'est près des Conseils de l'Ordre professionnels que la justification de l'engagement de la démarche de DPC doit être réalisée. Une continuité qui n'a jamais commencé !

Les Conseils Nationaux Professionnels, sont mentionnés explicitement comme des repères d'apparence majeure pour le Développement Professionnel Continu. Ils proposent pour le DPC de la profession : les orientations prioritaires, le parcours pluriannuel et un document de traçabilité. Ils apportent leur concours aux instances de l'agence pour la définition des critères de validation des actions et à l'élaboration des plans de contrôle. Ils proposent aussi des adaptations des méthodes promues par la HAS. Ils assurent une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des professionnels. Ils communiquent leurs avis au ministre chargé de la santé et au Haut Conseil du DPC et peuvent être sollicités par eux ainsi que par les Ordres professionnels et les employeurs et même les Agences Régionales de Santé. Que d'expressions possibles, même si elles restent bien informelles !

**Concrètement** pour les médecins du travail et les Infirmières de santé au travail, la place du développement professionnel continu est à comprendre et à relativiser dans l'évolution des ser-

vices de santé au travail, mais dans ce cadre, le DPC est un espace à ne pas négliger. Le maintien et l'acquisition des connaissances et l'amélioration des pratiques en santé au travail auront toujours leur légitimité et leur pertinence pour les choix organisationnels et d'activité des services et de l'ensemble du dispositif de santé au travail.

Entre les conflits d'intérêt corporatistes professionnels dont il ne faut pas nier le risque et ceux des gouvernances des SST, le questionnement de la qualité de la formation, de l'évaluation des pratiques et de leurs améliorations peut être un atout au service de la santé des travailleurs au-delà de l'application d'objectifs gestionnaires. La passivité n'est donc pas de mise et la place du DPC dans les services de santé au travail pour chaque professionnel de santé est un enjeu certain et plusieurs axes sont à tenir.

- Exiger dans chaque service une part budgétaire spécifique significative du DPC non fongible dans l'ensemble du budget formation de la FPC qui n'a pas les mêmes obligations ni les mêmes contraintes.
- Les formations des recrues, des promotions, des collaborateurs et des Infirmiers ne relèvent pas du DPC. Ce sont des formations initiales qui ne doivent pas amputer la part de FPC et de DPC et surtout pas les emboliser.
- Ne pas rester consommateur individuel de son DPC mais en promouvoir le questionnement en transparence dans chacune de nos institutions.

La contribution professionnelle du DPC est une affirmation de la loi et du décret par l'affichage des Conseils Nationaux Professionnels comme repères aux côtés de la HAS, du Haut Conseil du DPC et des CSI. Certes les infirmières de santé au travail ont leur place à affirmer dans un Conseil National Professionnel des Infirmiers, mais parmi la quarantaine de spécialités médicales recensées, le Conseil National Professionnel des Médecins du travail existe même si depuis sa création récente en 2010 il est resté en pause par absence de reconnaissance de rôle réel et la confusion des concertations.

C'est lors du quinquennat politique précédent que la Fédération des Spécialités Médicales s'était imposée comme intermédiaire pour la constitution de la Commission Scientifique Indépendante des médecins, à partir des conseils nationaux.

Le Conseil National Professionnel des Médecins du Travail comprend 5 collèges qui sont supposés représenter l'ensemble de la profession : les sociétés savantes et instituts régionaux, les sociétés savantes d'envergures nationales en médecins et santé au travail, les syndicats de médecins du

travail, le collège des enseignants hospitalo-universitaires en médecine du travail, et enfin les représentants des branches d'activités du métier. Compte tenu de la dispersion des médecins du travail en interentreprises, dans les services autonomes ou dans les fonctions publiques, il devient capital d'avoir cette construction de références de métier et de développement professionnel continu que ni les employeurs, ni les administrations, ni le Conseil de l'Ordre sont à même d'élaborer ou de tenir pertinemment. Même si ce CNPMT nous semble une représentation lointaine, il nous appartient à tous de relancer sa dynamique et son émulation démocratique, à partir de nos associations, de nos branches professionnelles, et de nos régions.

**Vigilance aussi** : Parallèlement est déclinée la validation du DPC par les dispositifs d'accréditation. Dans la loi de modernisation de la santé, la dernière phrase du premier chapitre n'est-elle pas redoutable aussi pour les professionnels de santé au travail : « L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu ». Certes les accréditations ne concernent pour l'instant que des hôpitaux, des établissements de soins ou de technicités médicales comme les laboratoires d'analyses médicales. Déjà les professionnels de santé de ces institutions se questionnent sur les critères de prestations et de sécurité retenus par ces démarches d'accréditation qui s'affranchissent des critères de qualité professionnelle. Et ne faut-il pas craindre que les gouvernances de services de santé au travail n'extrapolent, avec le CISME ou des grands services autonomes, des démarches de « progrès » qui engloberaient le DPC au détriment des références des professionnels et des besoins en santé au travail ?

#### **Divagations ou perspectives.**

*Pour certains analystes, nos sociétés étatiques assuraient partiellement leur équilibre instable au siècle dernier par des professions intermédiaires comme par exemple pour la santé avec le pouvoir médical en réciproque. Il est évident que l'émancipation des personnes passe par la restitution de ce pouvoir médical comme d'autres pouvoirs. La conjonction de la financiarisation mondiale des échanges dominée par les lobbys privés et de la numérisation comme accessibilité virtuelle de tous aux données et aux savoirs contribue à confier aux entreprises de plus en plus de régulations intermédiaires. De mon point de vue, les savoirs et leurs applications en santé et notamment en santé au travail sont aussi à constituer en repères par les professionnels pour compenser la dimension inéquitable des rapports de force de nos sociétés et du monde productif.*



# Les internes et l'avenir

*L'ANIMT, Association Nationale des Internes en Médecine du Travail, a montré ces dernières années une pertinence remarquable dans ses journées de formation, ses analyses et ses interventions. La nouvelle présidence reprend le flambeau avec le même dynamisme. Melissa Menetrier a recueilli leur espoir et leur clairvoyance en leur métier et nos missions.*



Présidente de l'ANIMT  
Camille BASCHET  
Interne à Toulouse



Vice-présidente de l'ANIMT  
Aurore CHADAL  
Interne à Lille



Secrétaire de l'ANIMT  
Florian ROWEHY  
Interne à Lyon

## 1. Vous avez choisi la médecine du travail. Après quelques années d'internat, votre regard a-t-il évolué sur la profession ?

Nous sommes tous les trois à des niveaux différents de notre internat, chacun avec des expériences et donc des regards différents. Les stages et les rencontres qui jalonnent le parcours d'un interne conditionnent sa vision du métier et sa pratique future, comme souvent en médecine. La différence avec les autres spécialités médicales est que le bagage de connaissances initiales du métier lui-même est trop souvent faible voire erroné. Notre regard n'a donc pas évolué, il s'est ouvert à quelque chose de nouveau, que l'enseignement hospitalo-universitaire ne nous avait pas préparé à rencontrer. La richesse de la spécialité nous apparaît progressivement, avec ses plaisirs et ses paradoxes. Il est par ailleurs évident que les intenses débats autour d'une éventuelle réforme de la médecine du travail nous obligent à sans cesse questionner nos apprentissages. Nous avons intégré une spécialité dynamique avec une pratique originale et variée qui se trouve en pleine mutation et nous sommes fiers de pouvoir faire partie de cette génération d'internes, acteurs de ce changement.

## 2. La loi travail de 2016 modifie les obligations de suivi des salariés et établit l'aptitude sécuritaire réalisée spécifiquement par les médecins du travail. Quelle en est votre analyse ?

L'ANIMT s'est positionnée sur ces points, que nous avons d'ailleurs développés en septembre dans une réflexion intitulée "Quelle avenir pour la médecine du travail?". Pour ce qui est des postes de sécurité, nous pensons qu'il est difficile pour un médecin de faire à la fois de la prévention et de la sécurité, le code de déontologie (et donc de santé publique) est d'ailleurs formel sur ce point. Si l'adaptation du suivi des salariés à leur état de santé et à leurs expositions réelles aux risques

professionnels est une bonne chose, dans le cadre d'une logique médicale et d'une priorisation des besoins en santé des travailleurs, cette question de sécurité nous éloigne encore des objectifs de prévention qui ont pourtant été renforcés par la circulaire européenne de 1989.

## 3. Comment vous situez-vous et vous projetez-vous dans l'animation des équipes pluridisciplinaires de santé au travail, notamment dans une approche médicalisée avec les IDEST ?

Nous sommes tout à fait favorables au travail en équipe pluridisciplinaire, qui nous semble être un facteur important d'attractivité de la spécialité. Dès nos premiers pas d'étudiant en médecine hospitalière, nous avons évolué au sein d'équipes. Cependant peu de médecins ont l'occasion de travailler avec des professionnels d'horizons aussi variés, et dont la multiplicité des compétences est une richesse à développer. La coordination qui nous est dévolue par les textes, et en pratique, nécessite cependant d'intégrer au DES de médecine du travail des formations nouvelles, en particulier en management, gestion d'équipes et gestion de projets. Savoir organiser le travail à plusieurs n'est pas inné, il faut être outillé et préparé, et ne pas croire que travail collectif rime avec perte d'indépendance. Par ailleurs, pour que les délégations du médecin puissent se faire en confiance et sans perte d'informations, il est crucial d'une part d'exiger une formation de qualité et homogène des différents acteurs de l'équipe, et d'autre part de s'appuyer sur des indicateurs collectifs de santé.

## 4. Vous sentez-vous impliqués dans le réseau de santé des travailleurs, comme un interlocuteur identifié des systèmes de soins ambulatoires et hospitaliers ?

Le constat, à l'heure actuelle, est que le médecin du travail n'est pas reconnu par ses pairs comme

un maillon de la chaîne de soins. Il est souvent au mieux méconnu, au pire identifié comme un médecin de contrôle, qui ne saurait apporter une plus-value à la prise en charge globale du patient. C'est en partie pour cela que nous souhaitons remettre la prévention (sous toutes ses formes) au centre de nos missions, pour que le doute ne soit plus possible. C'est la question du consentement éclairé du salarié qui se pose en filigrane. Par ailleurs, il est difficile pour nos confrères de concevoir une pratique soumise au code du travail, qui bride parfois la logique médicale en se mettant en opposition avec le code de déontologie que tous les médecins partagent. Nous voyons cependant des évolutions apparaître, le travail s'invitant de plus en plus souvent dans les consultations de soins. Il s'agit pour l'avenir de réfléchir aux obstacles qui jalonnent les passerelles entre nous et les autres praticiens, enjeu des évolutions à venir... Tout comme le réseau ville-hôpital a été pensé, créé, appuyé et consolidé, il faut maintenant intégrer le travail à cette logique et faire en sorte que le réseau s'étende jusqu'à nous.

## 5. Que souhaiteriez-vous pour l'avenir de la profession, quelles sont vos attentes ?

Notre priorité est que la médecine du travail soit reconnue par tous comme un levier incontournable de la santé des travailleurs. Nous devons d'abord reconquérir nos lettres de noblesse, en réaffirmant notre rôle de médecins spécialistes du lien santé-travail. Pour cela, la fonction de prévention exclusive doit être réaffirmée, en nous donnant les moyens de réaliser nos missions avec l'aide des équipes pluridisciplinaires. Nous attendons des changements réels et profonds de la part des décideurs, pour que notre métier puisse évoluer dans le sens d'une gestion plus cohérente et efficace des risques liés au travail, éclairée par les données de la science et non dictée par les textes de lois (qui ne doivent pas déborder leur fonction de garde-fou). Nous souhaitons être formés aux défis qui nous attendent, et donc il faudra probablement repenser l'enseignement universitaire actuel en le développant et le revalorisant pour le rendre plus accessible. Notre visibilité doit être accrue, notamment en permettant une découverte précoce de notre belle spécialité au cours de la formation médicale, que ce soit durant le 2<sup>e</sup> ou le 3<sup>e</sup> cycle. Nous souhaitons que la démographie médicale, en chute, soit une occasion de repenser profondément notre système de santé au travail, en remplaçant la logique médicale au cœur de notre activité ; car comme le dit l'expression : "quand le vent souffle fort, certains construisent des murs, d'autres des moulins à vent".

<https://www.animt.fr>

Brèves pétition... Brèves pétition... Brèves pétition... Brèves pétition... Brèves pétition... Brèves

Être solidaire mondialement en santé au travail

« Les femmes et les hommes qui travaillent dans les plantations ont droit à une vie digne » !

En Amérique Latine, les femmes et les hommes qui travaillent dans les plantations sont régulièrement exposés à des produits toxiques et confrontés à la répression syndicale. Que savons-nous des conditions de récolte des bananes ou des ananas (par exemple..) que nous achetons ? Qui connaît le « vrai prix » de ces fruits ? Peuples solidaires (Action Aid) a lancé une pétition, interpellant Lidl, que nous vous encourageons à signer et faire circuler.

[www.peuples-solidaires.org](http://www.peuples-solidaires.org) • <http://makefruitfair.org/fr>

# Valeurs limites biologiques (VLB)

par Philippe Saunier

## L'introduction de valeurs limites biologiques, dites VLB, est-elle un facteur de prévention du risque chimique ?

La société Française de médecine du travail entend populariser des VLB, ceci comme une avancée par rapport aux VLEP (Valeurs Limites d'Exposition aux Risques Professionnels) qui mesurent la présence de polluants dans l'atmosphère et laissent une part d'incertitude sur leur pénétration dans le corps humain. Il est vrai que d'un point de vue purement scientifique le mesurage biologique est une avancée.

Cela étant, nous ne sommes plus véritablement dans la prévention, puisque le produit a franchi une étape, il a pénétré dans l'organisme !

Le projet fait fi de ce petit détail et vante toutes les qualités de la « gestion du risque » par les VLB.

S'agissant d'un examen médical, par une recherche dans le sang ou dans les urines, le projet fait un amalgame complet entre les obligations de prévention de l'entreprise et le rôle du médecin du travail. Celui-ci perd ainsi son indépendance et il récupère la responsabilité de l'entreprise puisqu'il aurait désormais la charge de l'évaluation des risques.

La gestion du risque est citée comme une référence alors que c'est une notion étrangère au code

du travail, qui dans la hiérarchie de la prévention impose en priorité la suppression du risque. On la retrouvera dans ces seuils d'acceptabilité suggérés par des VLEP ET VLB.

Le choix de valeurs limites, que nous dénoncions dans les VLEP, est reproduit dans les VLB, alors qu'il n'existe pas d'effet seuil pour les cancérogènes. De plus, le projet passe sous silence la question des mélanges de produits chimiques, appelés souvent effet cocktail. On retrouve donc une « gestion » bien connue chez les sous-traitants du nucléaire, dite gestion de l'emploi par la dose. Ceux-ci perdent leur poste et parfois leur emploi dès que le seuil de 20 milisiverts est atteint sur l'année, ce qui conduit à cacher des expositions pour conserver un emploi.

Le secret médical, chargé initialement de protéger la vie privée, est appelé à la rescousse pour rendre confidentiel le résultat de ces VLB. Les chiffres seraient transmis uniquement à chaque salarié, mais pas toujours. Il est proposé de transmettre à l'entreprise uniquement des moyennes, lorsqu'il y a plusieurs salariés examinés, pour conserver ce secret médical.

Le CHSCT et les délégués du personnel ne seraient, dans le projet, informés par la direction que des éléments qu'elle estimerait nécessaire de donner. La relation directe que le médecin du travail doit avoir avec les représentants du personnel est escamotée.

Le salarié, devrait subir ses examens sans pouvoir les refuser en pratique, car bien que le code de santé publique lui en donne le droit, il s'exposerait à une décision d'inaptitude en cas de refus ! De plus, les examens que peut exiger le médecin du travail jusqu'alors, doivent être prescrits dans l'intérêt exclusif du salarié, désormais ce serait pour répondre à une obligation d'évaluation des risques de l'entreprise. Pour ce qui est de son dossier médical, son droit d'accès direct du salarié n'est même pas cité et l'enregistrement des résultats d'examens pratiqués ne serait pas impératif.

### Qui a dit que la science était neutre ?

En complément de cette alerte d'un syndicaliste, le JST propose deux réactions de médecins du travail G Arnaud et L Gerson.

## Les normes sont-elles toujours dans la normalité ?

par Gilles Arnaud

Que faire des normes d'un point de vue Prévention en matière de santé au travail ? Tout d'abord rappelons qu'un certain nombre de valeurs limites sont le résultat d'un compromis social ; que vient faire un compromis social en la matière ? On serait en droit d'attendre que l'état des connaissances scientifiques remis à jour régulièrement soit de règle.

On pourrait de plus attendre qu'en matière de santé au travail le principe de précaution devienne une règle avec application d'un coefficient de sécurité comme les constructeurs d'avions appliquent aux avions à hauteur de 8 à 10 !

Se pose la question des produits CMR (Cancérogène, Mutagène et toxique pour la Reproduction) ?

Comment peut-on espérer raisonnablement protéger les travailleurs de

l'exposition à ces produits dont on n'arrive pas à déterminer un seuil d'innocuité par la mise en place de Valeurs Limites d'Exposition (VLE) ? Que dire des nanoparticules et des molécules chimiques que l'on met en œuvre sans avoir testé sérieusement les risques pour la santé ?

Pourquoi prendre moins de précaution dans le domaine de la santé qu'en matière de développement des nouvelles molécules thérapeutiques ?

Se pose aussi la question de la variabilité individuelle de la sensibilité à l'exposition à des dangers, ici encore pourquoi ne pas appliquer en la matière les coefficients de sécurité de l'industrie aéronautique.

Se pose enfin la question du mesurage des VLE ; les professionnels de la Prévention ont souvent observé la manière dont les entreprises se mettent dans des conditions optimales le jour de la mesure ! En mettant en place les capteurs, les aspirations, en ne faisant tourner qu'une machine sur deux ou en remplaçant les outils usés par des lames neuves....

Que de fois sur le terrain a-t-on découvert avec effroi que dans un atelier où des asthmes professionnels par exposition aux isocyanates sont pluriels les mesures ont montré des valeurs bien en deçà des VLE !

Alors quel besoin de normes scélérates ?

## VLB entre intérêts et usages

par Luc Gerson

Ma première remarque est de relever avec l'auteur et la SFMT que le mesurage biologique est une avancée et présente des intérêts indiscutables pour repérer et objectiver la pénétration des toxiques dans l'organisme.

Ma deuxième remarque portera sur l'usage qui peut en être fait. L'intérêt de ces mesures pour les recherches ne fait aucun doute, et la recherche ne se cantonne pas à des programmes de recherche de chercheurs sur des échantillons fermés. Des investigations de terrains même empiriques peuvent être bienvenues dans des situations où la réalité des expositions ou de leurs niveaux est déniée ou présente des incertitudes, ce qui n'est pas rare. Des protocoles imposés aux salariés pour évaluer les risques de l'entreprise sont éthiquement impensables, mais le consentement éclairé de salariés à de tels repérages peut dans certaines conditions contribuer à la connaissance du lien de sa santé à son travail, de connaître des dif-

férentiels par rapport aux expositions environnementales et même servir d'alerte pour l'entreprise par le professionnel de santé au travail.

L'établissement de valeurs de référence est un autre casse tête. Elles devraient être corrélées à des valeurs d'exposition constatées. La difficulté est de valider des valeurs limites aux effets sur la santé, car, autant les effets à court terme sont susceptibles d'être observés et corrélés (et encore !), autant les effets à long terme sont peu explorés, peu visibles et peu fiables dans le différé et la dispersion des exposés.

Les valeurs toxiques pour les organismes sont tellement variables en fonction des périodes et des rythmes d'imprégnation, des formes d'expositions ou des associations à d'autres expositions que la prudence et la modestie s'imposent pour chaque toxique et chaque situation de travail. Face à cette variabilité, cette complexité et la faiblesse de nos connaissances cliniques, la prétention d'établir des valeurs limites biologiques doit être extrêmement pondérée. En tout cas, des calculs approximatifs universels même avec minoration pour précaution ne peuvent suffire.

Le suivi biologique est bien trop imparfait, bien trop intrusif avec des risques éthiques majeurs et ne doit pas se substituer à la gestion du risque.



# Risques Psycho-sociaux : quelle approche pour quelle action ?

par Jacques Ravon, avec puisage libre dans les communications de Philippe Davezies

*Le terme « burn out » s'est imposé en quelques années, comme expression populaire pour tout signalement de difficulté, ou de souffrance au travail. La sur-utilisation de cet anglicisme, qui tient sans doute à l'évocation métaphorique de destruction et d'exclusion, embolise le domaine des risques psychosociaux dont la diversité de la genèse et des effets nécessite une déclinaison précise pour l'identification, la compréhension et l'action.*

Comme pour le stress dans les années 1980, le harcèlement moral dans les années 1990 et le risque suicidaire dans les années 2000, cette catégorisation simpliste alerte imprécisément tout en se révélant peu efficace pour interpeller la mobilisation des conditions de travail. Être burnouté est une déclaration de situation subite, passive, pour tout sujet qui n'arrive plus à faire face et même lorsque le sujet s'implique dans une suractivité productive au travail ou en dehors. La traduction en épuisement professionnel reste le plus souvent trop généraliste.

## Une expérience parmi d'autres

Expérience de Jay Weiss sur trois rats.

Deux sont branchés sur un circuit électrique commun et reçoivent des chocs, un troisième est dans la même position mais ne reçoit pas de choc électrique. L'un des deux premiers a la possibilité, en faisant tourner une roue, de bloquer le circuit électrique et d'interrompre les chocs pour lui et son congénère. Au final, les deux rats reçoivent donc le même nombre de chocs. Pourtant, celui qui a pu rester dans une position active sort de l'expérience dans le même état que le rat « témoin » alors que celui qui a subi passivement la situation va présenter des lésions de stress et l'équivalent animal de la dépression. Sur la base de ce type d'expérience, la théorie biologique considère que l'atteinte à l'équilibre et à la santé n'est pas liée directement aux conditions objectives, mais à la capacité ou non de pouvoir agir sur la situation.

Dans le domaine de la pression professionnelle, le pouvoir d'agir est abordé en termes d'autonomie (possibilité de trouver dans le travail un espace d'expression personnelle et de développement) et de soutien social (Modèle de Karasek-Theorell). Chez l'homme, comme chez l'animal, la perte du pouvoir d'agir conduit aux pathologies du stress. Le maintien d'une position active face à l'adversité protège.

Mais la question de l'autonomie et du pouvoir d'agir demande à être précisée. Le sujet n'est pas libre et maître de son activité. Celle-ci est déclenchée par des processus non conscients, à la rencontre entre les sollicitations de la situation et les dispositions à l'action incorporées au cours de son parcours. Il se voit agir mais avec une conscience très partielle de son activité. Son attention est focalisée sur ce qui résiste ou ne fonctionne pas. La masse des informations qui indiquent que tout se passe conformément au modèle d'action projeté ne fait pas l'objet d'un traitement. Les écarts

entre le projet affiché du travail et les attentes du sujet sont des paradoxes.

A ce stade, l'activité exprime une intelligence du corps qui ne laisse pas de place pour un sujet autonome. L'autonomie, le développement du pouvoir d'agir, la santé ont pour condition le retour réflexif et la discussion sur l'activité. Elles ne concernent pas l'individu isolé, elles impliquent une dynamique collective. A défaut, isolé, coupé des ressources collectives nécessaires à l'élaboration des enjeux et du sens de son activité, le salarié se trouve dans la position du rat sans pouvoir d'agir de l'expérience de Weiss.

Pour Philippe Davezies, ces considérations ont une importance particulière dans le contexte actuel. « L'intensification du travail impose à chacun de trier dans la masse des tâches qui se présentent, entre celles que l'on va pouvoir assurer et celles que l'on laissera pour demain, de trier parmi les critères d'évaluation du travail, ceux que l'on va pouvoir soutenir et ceux que l'on va devoir laisser tomber. Mais, alors que la pression sur le travail augmentait, on n'a pas vu se développer les dispositifs permettant d'arbitrer collectivement les dilemmes de l'activité. On a vu plutôt se réduire les espaces de discussion. Chacun doit donc trier sur la base de ses propres ressources, de sa sensibilité. Les critères communs définissant un bon travail tendent à s'estomper. L'intensification apparaît ainsi comme un puissant vecteur d'individualisation du rapport au travail. Cela contribue fortement à un déficit d'élaboration de l'expérience. »

Ce déficit serait particulièrement pénalisant dès que l'individu se retrouve pris dans un conflit, par exemple avec son encadrement. Faute d'espace collectif d'élaboration, il se trouve incapable de soutenir les normes de son activité. Il s'empare alors des discours pré-encodés circulant dans le milieu, par exemple les explications en termes de burn out ou de harcèlement moral. Le conflit de normes qui pouvait déboucher sur une remise en cause de l'organisation du travail est occulté au profit d'un conflit interpersonnel sans issue. Une telle situation est à l'origine d'un stress chronique et d'un état inflammatoire dont les effets sur l'hippocampe se traduisent par une dégradation de la mémoire épisodique (ou biographique). Plus la situation dure et moins les personnes sont capables de reprendre la main sur le conflit en revenant sur ce qui en est à l'origine. Le résultat est une tendance à la surgénéralisation qui engage le sujet dans une spirale dépressogène.

L'épidémiologie à partir des modèles de Karasek, traitant de l'aliénation et de Siegrist, traitant du vécu d'exploitation, visent à produire des connaissances universalisables qui imposent une

décontextualisation. On retrouve donc les notions clefs de la critique sociale (Marx), mais les résultats ne diront rien des difficultés spécifiques des salariés concernés. Les représentants des salariés pourront avoir l'impression de voir leurs points de vue généraux confirmés, mais le fait de situer le débat d'emblée au niveau de la critique sociale s'avèrera rapidement comme une impasse pour l'action au sein de l'entreprise. En face, la direction aura beau jeu de montrer que l'on retrouve ailleurs des chiffres du même ordre et que l'enquête décrit en fait un état du monde qu'elle subit et déplore au même titre que les salariés...

Les voies de l'action dans l'entreprise sont plutôt du côté de l'assistance à la reconstruction de la capacité des salariés à penser, débattre et agir.

L'identification des Risques Psychosociaux n'est pas ringarde. C'est au contraire la catégorisation concrète de ces risques conçue par les chercheurs autour de la DARES en 2010, promue depuis avec l'INRS et développée non sans difficulté par des professionnels des conditions de travail dans des entreprises qui permettent à tous les acteurs de l'entreprise de comprendre les difficultés et de cibler les changements souhaitables et possibles. Il n'est pas inutile de rappeler ici les six items qui, déclinés sur le terrain au niveau des collectifs de travail, permettent une contextualisation concrète de l'environnement de travail. Les exigences de travail en quantité et qualité, les exigences émotionnelles, les marges de manœuvres, les rapports sociaux et les reconnaissances, les conflits de valeur, et l'insécurité du travail.

L'identification des atteintes à la santé par le travail est un outil précieux pour le travailleur en difficulté. De nombreux médecins du travail ont détecté et décrit la diversité de ces atteintes à la santé qui peuvent aussi faire objet de la nosologie médicale. Des infirmiers en santé au travail s'y associent ainsi que des médecins généralistes et psychiatres du secteur de soins. La perception par un travailleur de la part réactionnelle d'une équivalence dépressive, de passages à l'acte, de dérives dissociatives ou de somatisations est indispensable à la canalisation de son implication dans l'action personnelle et pour son intégration dans une démarche collective de mobilisation du travail.

*Ce sont bien ces deux mesures conjointes qui sont facteurs de réappropriation du pouvoir d'agir des travailleurs pour la prévention et l'amélioration des conditions de travail.*

*Les professionnels de la santé au travail sont au premier rang.*

## >> suite de la page 1 >>

d'une déshumanisation des rapports du travail au profit de l'entreprise.

Il importe à tous les professionnels de santé au travail, en abandonnant les travers corporatistes du passé, de reprendre la main sur la mission de dire la santé au travail et de résister à l'annihilation de leurs apports par des interprétations restrictives de la loi et de l'interprétation de leurs tâches.

### **Et pan ! sur la coopération des équipes médicales.**

L'articulation des articles L4624-1 et L4624-2 risque de porter un grave préjudice au fonctionnement des équipes médicales. En effet, le 1er article permet à toute l'équipe de réaliser un suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, avec délivrance d'une attestation, sans aptitude, avec des visites périodiques dont les modalités sont définies par l'équipe sous la responsabilité du médecin du travail. L'article L4624-2, instaurant des visites d'aptitude « sécuritaire » réalisées par le seul médecin du travail, pour des salariés affectés à certains postes, exclut toute une partie des salariés du suivi coopératif de l'équipe.

Autrement dit, on peut craindre que la législation entraîne une réelle inégalité de traitement entre les salariés, certains bénéficiant d'un suivi de prévention réalisé par l'équipe et d'autres soumis à une médecine de contrôle avec aptitude sécuritaire de sélection. Ceci, très souvent au sein d'une même entreprise, voire d'un même collectif de travail.

Mais on peut surtout assister à un éclatement du

travail en équipe, rendant difficile voire impossible le suivi partagé entre le médecin du travail et le reste de son équipe médicale. Le médecin du travail risque d'être « phagocyté » par ces fameuses visites d'aptitude, avec une hyper sollicitation de la part des entreprises à la recherche d'une couverture assurancielle. Il risque d'avoir tendance à « négliger » le suivi des salariés confié à l'équipe médicale, ou d'être coupé de certaines catégories de salariés qu'il ne verrait pratiquement plus, sauf problème particulier nécessitant une inaptitude.

Les infirmiers de l'équipe peuvent se trouver en difficulté s'ils sont amenés à connaître des problèmes de santé d'un salarié, susceptibles de provoquer une inaptitude en cas d'affectation ultérieure à un poste « à risque ». Ils risquent d'être pris entre la loyauté envers le salarié et la nécessité de partager les informations avec le médecin du travail, et hésiter à inscrire certains détails sur le dossier médical. Toute la confiance entre les membres de l'équipe peut être fortement ébranlée, remettant en question le fonctionnement de cette dernière.

Les aspects déontologiques concernent donc l'ensemble des équipes médicales, médecins et infirmiers, puisque de nombreux salariés vont passer dans leur carrière, de postes à « aptitude » à des postes « sans aptitude » et inversement. Comment peut-on imaginer des dossiers transmissibles d'une équipe à l'autre ou à l'intérieur d'une même équipe dans ces conditions ?

Et comment le médecin du travail pourra-t-il animer une équipe consacrée à la prévention seule

alors qu'il devra également faire du contrôle ? Nous sommes là en pleine confusion entre médecine de prévention et médecine de contrôle, au mépris de toute déontologie.

### **Résister éthiquement**

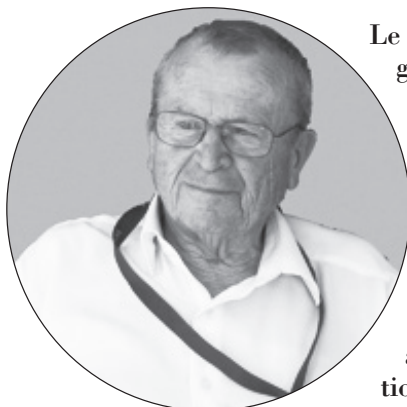
Avant même les décrets d'application, il est important que les professionnels de santé réfléchissent entre eux et débattent des actions à mettre en place pour continuer à travailler dans le respect de l'éthique de la médecine du travail et de la déontologie des professions médicale et infirmière, dans l'intérêt de la santé des salariés. En effet, le code de déontologie, dans son article R 4127-100 du code de la santé publique précise bien qu'un « *médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention...* »

C'est bien évidemment dans la recherche collective de solutions et de positions éthiques que l'on pourra préserver la posture essentiellement préventive et la cohésion de toute l'équipe. Ces dispositions doivent permettre au médecin du travail de rester le responsable technique de l'équipe, et de garder toute la confiance de chacun de ses membres afin de pouvoir agir pour préserver la santé et l'emploi de tous les salariés.

**Des professionnels de santé ne peuvent en aucun cas accepter des mesures contraires à leur déontologie, même dictées par une législation contraire au code de santé publique.**

**Une réflexion a commencé à se faire dans certains services, il faut qu'elle circule et qu'elle constitue une réponse éthique pour tous.**

## Hommage au Docteur Claude SAINT UPERY



Le SNPMT dont Le Docteur Claude SAINT UPERY a été le Secrétaire général durant 7 années salut dans ces tristes instants, l'immense investissement de Claude dans cette lourde tâche.

Ce furent des années de présence nationale auprès des différents ministères, au service de la Médecine du Travail et le SNPST peut, aujourd'hui, témoigner avec fierté des résultats obtenus.

Je me rappelle de son investissement militant en faveur de la suppression de l'aptitude, déjà, (en s'appuyant avec détermination sur le rapport du conseiller d'Etat DUCAMIN), et aussi de l'inutilité de la mise à l'écart par la médecine du travail des séropositifs au début de l'épidémie de SIDA, ou encore sa lutte contre la sélection par les tests génétiques de la médecine prédictive.

Le SNPST présente ses sincères condoléances à la famille.

Gilles ARNAUD

## CLAUDE, ADIEU

Claude, tu nous as quittés le 15 juin de cette année, discrètement, après comme il est dit, une longue maladie dont tu évoquais de temps à autres tes difficultés de déplacements.

Encore l'an dernier, tu offrais à certains d'entre nous le plaisir de nous accueillir dans ta ville si chérie, BORDEAUX, pour nous permettre de la découvrir à nouveau, de passer une rencontre conviviale comme tu savais si bien les organiser.

Nous conversions régulièrement et tu ne manquais pas de t'enquérir du devenir de notre profession. Ta conscience aiguisée saisissait l'avenir peu heureux de nos professions en constatant la déconstruction progressive de nos missions par l'atteinte inéluctable faite au cadre de la santé au travail dédiée prioritairement aux salariés.

Après ta carrière militaire de médecin, tes investissements multiples dans ta vie, ta présence auprès de Colette, ton épouse, tu as su t'engager dans le syndicalisme professionnel au sein du SNPMT, assureur de 1985 à 1992, la fonction de Secrétaire Général.

En complément de tes actions et investissements rappelés ci-dessus par le Docteur Gilles ARNAUD, je confirme ton écoute attentive, ta confiance accordée aux collègues en prise des domaines cruciaux tels le contentieux ou notre représentativité avec entre autre le Docteur Françoise DEMOGEOT et le Docteur Edmond RAVIER afin de maintenir une vigilance ferme sur notre indépendance professionnelle, sur la dimension éthique de notre exercice.

C'est ainsi qu'en 1998 tu participais au travail en commun sur les risques d'introduction des tests génétiques dans la surveillance médicale des salariés dont l'issue fut l'arrêt de cette orientation eugénique.

Claude, Adieu et saches notre mémoire et reconnaissance, amicale, confraternelle à l'Homme et Ami qui sut humainement s'engager pour des causes citoyennes c'est-à-dire pour le bien commun et l'intérêt général.

Jean-Paul DULERY

## >> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : [contact@snpst.org](mailto:contact@snpst.org)

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

## le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 62

NOVEMBRE  
2016

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

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

### COMITÉ DE RÉDACTION :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Michel Hamon, Gérard Lucas, Joëlle Milliez, Jean-Michel Sterdyniak

### ONT COLLABORÉ :

Camille Baschet, Aurore Chadal, Jean-Paul Dulery, Luc Gerson, Marie-Hélène Guyon, Jacques Ravon, Florian Rowehy, Philippe Saunier, Karima Thorens

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

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