

>> Sommaire

- Actualité syndicale** ...p2
- Le projet
 - Contentieux
- Terrain**p3
- Déclarer ou pas une maladie professionnelle ?
- Institution**p4
- L'infirmier(e) en santé au travail : un(e) infirmier(e) clinicien(ne) ? L'équipe médicale pluridisciplinaire du SST
 - Certificat de maladies professionnelles. QUI ÉCRIT ?
- Interview**p5
- Parcours d'un Médecin du Travail senior, Benoit Delabrusse
- Chantier**p6
- Attractivité de la médecine du travail
- Eurêka**p7
- Coopération médecin - infirmier du travail. Une expérience intéressante

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 64

OCTOBRE 2017

>> Éditorial

Ce numéro 64 questionne particulièrement le devenir des équipes médicales et l'évolution des métiers de Médecin du Travail et d'infirmier santé travail.

C'est ainsi qu'A. Carré, en page 4 institution, analyse les conséquences de la loi El Khomri et son décret pour les infirmières avec l'accès à un rôle de cliniciennes en santé au travail.

Cela nécessite alors qu'on s'interroge sur leur formation, comme l'a fait V. Bacle en page 7, mais aussi sur l'état actuel et à venir des équipes avec ce qui favorise leur fonctionnement ou alors ce qui l'entrave.

C'est également l'occasion de lire l'entretien de Benoit Delabrusse, en page 5, qui se penche sur sa carrière professionnelle et nous fait part de son retour d'expérience, alors que l'on assiste à des tentatives pour faire taire certains médecins du travail, en page 2 contentieux, alors qu'il y a controverse pour la réalisation des certificats de maladie professionnelle par les médecins du travail en page 3 terrain. Tout cela, comme l'évoque L. Gerson en page 6 chantier, peut avoir des conséquences sur l'attractivité de la médecine du travail.

Les professionnels de santé au travail doivent pouvoir continuer à travailler à leur seule mission de préservation de la santé des salariés, c'est pourquoi nous présentons le projet de réforme globale de la santé au travail du SNPST en page 2 syndicale.

Car les causes d'atteinte à la santé restent nombreuses, comme le montre G. Lucas en page 1-8 pour les lymphomes et comme le rappelle A. Thébaud Mosny dans sa lettre ouverte.

M. CHEVALIER

Lymphomes et pesticides : un pont en Avignon

par G. Lucas

En Avignon un pont est jeté entre l'hématologie, le travail et environnement, construit sur la base d'un GISCOP du 84 (Groupement d'Intérêt Scientifique pour les Cancers d'Origine Professionnelle) s'appuyant sur les piliers interdisciplinaires d'un service d'hématologie, de professionnels de santé au travail, de ressources sociologiques et géographiques. Ils ont mis le tablier pour que le lien passe et que ne s'écroule pas la santé au travail.

C'est à partir d'un nombre important de cancers hématologiques découverts et suivis dans le service d'hématologie à l'hôpital d'Avignon que le Dr Borhane Slama et son équipe se sont posés la question de l'origine professionnelle et environnementale de ces lymphomes, leucémies aiguës et myélomes. Une incidence de 1200 nouveaux cas sont recensés entre 2010 et 2016 sur un bassin d'environ 600 000 habitants du Vaucluse et d'une partie des départements des Bouches du Rhône, du Gard de la Drôme et de l'Ardèche. Les médecins observent une augmentation de 10 % par an et une moindre avancée en âge des malades atteints. La question du droit à la réparation pour maladie professionnelles est posée par plusieurs patients.

Ces médecins sentinelles éprouvent le besoin d'élargir leur abord par une approche collective structurée avec des chercheurs, des médecins généralistes et des médecins du travail. La coopération avec des chercheurs en sciences sociales offre l'occasion d'intégrer dans la base de données les adresses des patients, ce qui permet une lecture géographique inédite, puis l'intégration du parcours résidentiel des dernières années, dans le but d'interroger une corrélation spatiale entre malades et polluants.

Enfin sur le modèle du GISCOP 93, la reconstitution des parcours professionnels permet d'appréhender l'ensemble des circonstances d'expositions à des cancérogènes (environ-



nementale ou professionnelle) des patients recensés. L'hypothèse d'une surreprésentation des travailleurs agricoles parmi les patients atteints d'hémopathies malignes oriente un volet de la recherche spécifiquement vers ce secteur.

L'utilisation des pesticides est en question dans cette région à forte activité agricole. La filière agro-alimentaire représente en effet l'un des piliers économiques du Vaucluse. La zone d'influence du Centre Hospitalier d'Avignon correspond à une région où l'utilisation des agrottoxiques est particulièrement intense. Trois secteurs agricoles y sont particulièrement représentés : la viticulture, la culture fruitière et le maraîchage, trois types de culture caractérisés par des indices de fréquence des traitements (IFT) aux pesticides très élevés.

La méconnaissance des effets des pesticides sur les travailleurs voire les riverains est possiblement expliquée – du moins en partie – par le déficit de reconnaissance en maladie professionnelle. De nombreux agriculteurs pourraient prétendre obtenir une reconnaissance en maladie professionnelle au titre des tableaux 10, 13 ou 23 du régime agricole. Plus

généralement, l'invisibilité des cancers liés aux pesticides s'explique par des mécanismes plus englobants applicables à l'ensemble des cancers professionnels : l'ignorance toxique, l'invisibilité physique et l'invisibilité sociale.

Invisibilité des cancers professionnels :

L'invisibilité physique des pesticides s'entend surtout pour les expositions chroniques dites à de « faibles doses », celles qui ne gênent pas immédiatement, mais qui peuvent engendrer les effets les plus graves.

L'invisibilité sociale renvoie, dans le cas présent, au caractère restrictif des modalités de reconnaissance en maladie professionnelle mais peut s'expliquer également par le recours massif à l'emploi précaire, comme c'est le cas des intérimaires dans l'industrie nucléaire ou encore des saisonniers étrangers en agriculture.

La maladie de Parkinson aussi en lien avec les pesticides

Des travaux de recherche (Baldi 2003) montrent que le risque de contracter une maladie de Parkinson est multiplié par 5,6 chez les utilisateurs de pesticides par rapport aux non exposés.

L'ignorance toxique, enfin, renvoie à des mécanismes désormais bien documentés dans le cadre d'une science nommée agnotologie.

L'ignorance peut être la conséquence de la mise en place d'une stratégie visant à la produire, la reproduire ou la maintenir. Le développement d'un questionnement massif concernant l'étiologie des cancers sur le temps long en France se heurte à un obstacle majeur : le peu de registres

Le Projet

Par M. Menetrier

Suite à la loi El Khomri et la mise en application de son décret, le SNPST a mis à jour son projet alternatif de réforme globale de la prévention en santé au travail.

Constats et grands principes :

Les constats du SNPST sont les mêmes qu'en 2008 avec une progression des pathologies liées au travail, de la pénurie de médecin, la nécessité du maintien de la prise en charge médicale des questions de santé au travail... auquel il faut maintenant ajouter l'évolution des coopérations entre professionnels et la montée en compétences des Infirmiers de santé au Travail.

La base serait une **mission commune pour tous les professionnels de santé au travail** : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » et un **statut garantissant leur indépendance**. L'objectif étant d'accompagner les travailleurs dans la construction de leur santé au travail et d'œuvrer au maintien dans l'emploi. La **suppression de tout avis d'aptitude** (y compris à des postes à risques) reste une priorité, car il entrave l'action de prévention du Médecin du Travail. Nous préconisons aussi le **renforcement des demandes d'aménagements ou de retrait du poste de travail** avec le consentement éclairé du salarié. Nous demandons une **spécialisation obligatoire en santé travail pour les infirmiers (niveau master 2)** ainsi qu'une obligation de formation pour tous les professionnels.

Enfin nous défendons l'**intégration de la prévention en santé au travail dans le système de santé publique** et le rattachement des services de santé au travail au ministère de la santé.

Des agences territoriales en santé travail

Nous proposons la mise en place d'**agences territoriales de la santé au travail** (regroupant les services interentreprises, autonomes, et autres), financées par les entreprises. Ces agences seront organisées autour des bassins d'emplois et des pôles universitaires, en lien avec les schémas régionaux d'organisation des soins.

Elles devront fournir les moyens aux professionnels d'exercer leurs missions et répondre aux demandes d'intervention en entreprises sur des questions de prévention et d'identification des risques professionnels.

A la différence du système actuel cette agence aurait un **conseil d'administration où les représentants des salariés seraient majoritaires**. Elle aurait aussi un conseil technique où seraient représentés les professionnels.

A la tête de ce réseau nous proposons une **agence nationale de santé au travail** indépendante regroupant les départements santé travail de l'ANSES et de l'Agence Nationale de Santé Publique. Elle diligenterait des enquêtes, définirait des objectifs en santé au travail et coordonnerait l'action des agences régionales (ainsi que le montant de la cotisation des entreprises).

Et l'interdisciplinarité ?

Déjà en 2008, le SNPST soutenait le travail en pluridisciplinarité. Nous préférons désormais utiliser le terme d'interdisciplinarité qui suppose un dialogue, l'échange de connaissance, l'analyse de méthode entre plusieurs disciplines. Dans notre projet les agences auront des équipes interdisciplinaires au sein de pôle technique, médical et organisationnel permettant une collaboration étroite tout en préservant les libertés de chacun. Le pôle médical serait ainsi assuré par **des équipes médicales coopératives** qui pratiqueraient une clinique médicale du travail. Les trois acteurs (Médecin du Travail, infirmière en santé au travail et assistante médicale) s'organiseront pour traiter la demande médicale en santé au travail en procédant notamment à la délégation de tâche de la part des médecins, en concertation avec les autres acteurs. Les équipes pourraient suivre également les travailleurs non-salariés (indépendants, chômeurs ou retraités).

Dès 2008 le SNPST avait donc élaboré des propositions innovantes pour réformer le système de santé au travail. **Vous pouvez retrouver l'intégralité du projet sur notre site : www.snpst.org**. Ce nouveau projet nous le défendons car nous sommes un syndicat qui n'est pas que dans la contestation et qui est donc capable de faire des propositions constructives pour l'avenir.

Lecture...Lecture...Lecture

Une thèse en sociologie de Gabrielle Lecomte « de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels »

Depuis quinze ans, la médecine du travail est l'objet de multiples réformes du Code du travail qui révisent son fonctionnement centré sur l'évaluation individuelle de l'aptitude. En étudiant une profession en train de « disparaître », cette recherche appréhende, au prisme des sociologies de l'action publique, des professions et du travail, les permanences et les renouvellements d'un instrument de prévention de la santé au travail. Fondée sur une enquête ethno graphique par observations et entretiens auprès de préventeurs de services interentreprises, la thèse combine trois échelles d'analyse. Au niveau macro-social, les médecins du travail qui constituent une nouvelle génération fortement féminisée depuis les années 1980 contribuent à faire apparaître des risques professionnels majeurs (amiante, TMS, souffrance au travail) sur la scène publique et à renouveler leurs pratiques, notamment via son courant le plus critique. Cette critique est désarmée dans les années 2000 par les dirigeants des services interentreprises qui se réapproprient le mandat de prévention par le biais de dispositifs de gestion encadrant le travail de préventeurs non médicaux. Au sein des services interentreprises, malgré leurs résistances et du fait de leur statut professionnel, les médecins du travail leur délèguent peu à peu l'action en milieu de travail et le suivi régulier des salariés. Surchargés de travail, ils se trouvent cantonnés dans leur rapport au public au suivi des salariés en souffrance ce qui les éloigne des pratiques de prévention légitimes. Celles-ci, centrées sur l'évaluation des risques professionnels et l'application du principe de précaution, sont transmises aux préventeurs non médicaux.

Contentieux

Par Jacques Ravon

Recours SNPST

Par recours en conseil d'état contre le décret 2016 sur la loi travail le SNPST demande de l'inaptitude à l'emploi, inqualifiable éthiquement par un Médecin du Travail, et la remise en cause de l'hétérogénéité des périodicités de suivi médical des salariés, inégalitaire et inéquitable etc... le dossier suit son cours.

Plaintes employeurs au Conseils de l'Ordre

La prise en compte des plaintes des employeurs devant le conseil de l'Ordre contre les médecins du travail pour leurs écrits constitue un véri-



table dissuasion à l'écriture des avis santé travail pertinents et argumentés en santé au travail. Les certificats estampillés comme tels n'en sont pas seulement l'objet même s'ils ne représentent aucune dérive déontologique, mais aussi les lettres aux confrères, aux partenaires, les notes des dossiers médicaux c'est à dire tout le travail d'élaboration de la lisibilité de l'atteinte de la santé par le travail. L'exemple le plus emblématique et caricatural est la poursuite du Dr Huez par la société Orys : celle-ci ayant perdu aux prud'hommes contre le salarié, se venge par la plainte relayée par le Conseil de l'Ordre, qui même en appel national a condamné le méde-

cin sans avoir infirmé la réalité de l'atteinte à la santé par le travail décrite dans les courriers médicaux. Invraisemblable ! Et après la Société Orys se permet de poursuivre avec acharnement le recouvrement de frais exorbitants près du médecin par un huissier !

Mais il reste un recours en cassation.

L'ASMT Association Santé et Médecine du Travail est en recours en conseil d'état avec cinq autres associations pour demander l'annulation de l'adverbe « notamment » de l'article R 4126-1 qui permet à des employeurs de voir leurs plaintes contre les écrits médicaux des médecins du travail prises en compte par les juridictions du conseil de l'Ordre des médecins même sans instructions de l'atteinte à la déontologie.

Le rapporteur public n'a pas examiné sérieusement les arguments juridiques des requérants, particulièrement la question centrale du respect du secret médical qui empêche les médecins de se défendre en conciliation obligatoire avec un employeur et face à un employeur en chambre disciplinaire... il conclut donc au rejet de la requête.

Déclarer ou pas une maladie professionnelle ?

Par F. Leroux

La question peut sembler inepte voire absurde... tout docteur en médecine devant informer les salariés chez qui ils constatent une maladie en lien probable avec leur travail, expliquer la démarche à suivre pour la reconnaissance (tableaux des Maladies Professionnelles (MP) ou hors tableaux) et proposer la rédaction du certificat initial. L'envoi de la déclaration à la sécurité sociale est à effectuer par le salarié.

C'est loin d'être le cas... Par exemple pour les Troubles Musculo Squelettiques (TMS, pourtant les plus nombreuses (80% des MP), les reconnaissances pourraient être 10 à 20 fois plus nombreuses selon les études. D'ailleurs la branche AT-MP verse tous les ans une somme importante (790 millions en 2014) au régime général qui en supporte le coût, estimé jusqu'à 1,3 milliard d'euros, de ces MP (ou AT) non déclarées et donc non reconnues. Cancers, asthmes et BPCO, lombalgies et TMS... professionnels sont les plus coûteux pour la sécu. La sous-déclaration des affections périarticulaires serait en « nette baisse » selon la commission d'experts. Mais nombre de TMS de l'épaule ne rentrent plus dans le cadre du tableau depuis sa modification alors que bien professionnelles !

Pourquoi cette sous-déclaration ?

Les taux de MP reconnues varient selon les médecins, les régions, à l'intérieur de secteurs pourvoyeurs de MP comme dans l'agroalimentaire... Plusieurs facteurs.

- Information donnée aux salariés atteints : bonne ou absente, pas claire, insuffisante, voire dissuasive pour le salarié.
- Faible accessibilité et disponibilité des médecins du travail, par espacement de visites, effectifs pléthoriques, changements des médecins, disparition de centres et de cabinets en entreprises. Et ceci malgré les relais par les Infirmières de Santé au Travail (IST). Pour le certificat initial

des médecins dirigent systématiquement vers le généraliste, pourtant parfois réticent à la déclaration et parfois inexistant pour le salarié.

- Des généralistes, mieux sensibilisés, y compris par leurs patients d'entreprises ou métiers exposés, rédigent plus de certificats initiaux ou nous orientent les salariés. Les spécialistes : rhumato, chirurgiens, neuros, allergos... rédigent rarement.
- La dissuasion de déclaration MP est pire pour les travailleurs précaires les intérimaires, CDD... du fait des risques sur l'emploi, d'accès aux soins (et d'arrêts) moins faciles.

Retours sur ma pratique professionnelle.

Avant 93 : chaque année quelques MP déclarées : TMS, surdité, asthme, allergie...

Après 93 : dans une grosse entreprise métallurgique que je viens d'avoir je déclare de très nombreuses TMS, surtout pour des femmes du montage, dans un contexte d'intensification et de souffrance psychique. Ce qui a permis d'engager une analyse avec les syndicats, le CHS, le CE, un ergonome... En revanche faible déclaration dans les entreprises sans CHS, sans syndicats ou si risques importants de rétorsion à l'encontre du salarié. Le travail et le soutien du médecin inspecteur, de l'inspecteur du travail, de la Cram, les enquêtes (ESTEV et MC)P.. ont joué un rôle important dans la région.

Années 2000 : la plupart des entreprises réa-

gissent moins contre les MP reconnues y compris pour les postes hors production... quitte ensuite à les contester avec des avocats spécialisés. La part des certificats remplis par les généralistes croît. Si la MP risque d'être refusée/ critères exigés, d'aller en CRRMP, ou d'entraîner une mise à l'index du salarié je sollicite le généraliste pour remplir le certificat. Si la Caisse demande des infos complémentaires réponse très détaillée sur la genèse de la maladie, ses causes, le contexte organisationnel qui appuiera le certificat du généraliste. 2 certificats médicaux de 2 médecins à plus de poids que ceux d'un seul médecin.

Bien qu'étant à l'initiative de beaucoup de MP (trop selon certains !), selon l'entreprise et le contexte, et après avoir expliqué au salarié sa maladie, ses droits et ma démarche, j'ai souvent attendu et proposé de refaire le point après aménagements du poste et restrictions écrites sur l'avis d'aptitude. Avis dont sera porteur le salarié auprès de ses responsables et des collègues souffrant, ou pas, de TMS. Ces avis seront collectés pour alerter direction et CHSCT afin d'essayer de créer une réflexion et une dynamique. Quand une mise en invalidité est souhaitable pour un salarié atteint d'autres pathologies non professionnelles, et si intérêt pour lui, la pathologie ne sera pas déclarée mais viendra appuyer pour la demande d'invalidité. Les TMS étant évolutives et souvent polyétagées, on pourra toujours déclarer par la suite une autre TMS.

Certificat de maladies professionnelles. QUI ÉCRIT ?

Par G. Arnaud

Le nombre de certificats initiaux de déclaration de maladies professionnelles reste malheureusement à l'heure actuelle une donnée inconnue. Dans une politique préventive en matière de conditions de travail de moins en moins centrée sur les travailleurs et face à des attaques répétées contre la clinique médicale du Travail, les travailleurs vont être de plus en plus isolés en matière de santé au travail. Ceci concerne également et en premier lieu la reconnaissance des atteintes à leur santé par le Travail.

C'est notamment le cas en termes de maladies professionnelles voire de maladies à caractère professionnel.

Dans ce contexte les Médecins du Travail peuvent se poser la question des stratégies à pérenniser, à améliorer ou à mettre en place pour laisser la possibilité aux travailleurs d'obtenir reconnaissance et réparation des atteintes à leur santé par les mauvaises conditions de travail.

Le rôle central des Médecins du Travail est évident. Tout d'abord le Médecin du Travail est le seul acteur extérieur du monde médical avec les infirmières du Travail à avoir accès aux lieux de travail à toute heure du jour et autant de fois que nécessaire.

C'est aussi le seul Médecin à pouvoir appréhender l'état de santé des travailleurs en fonction des données observées sur le terrain et de plus il semble le mieux placé pour recueillir et mettre en débat avec l'intéressé le ressenti au Travail, la

perception des conditions de travail, la participation à un collectif de Travail ou encore les stratégies défensives...

Un point réglementaire est à rappeler ; « tout Médecin, lorsqu'il constate une maladie qu'il juge en lien avec le Travail doit fournir à l'intéressé un certificat initial de constatation ».

Il revient bien au Médecin du Travail, en tant que professionnel de première ligne de mener l'action initiale de déclaration. Mais cette stratégie repose également sur bien d'autres supports.

Tout d'abord, il semble évident qu'après avoir constaté le lien entre santé et Travail et s'être assuré que cette pathologie entre dans un tableau, le professionnel de santé au travail est le mieux placé pour accompagner le travailleur.

Expliquer que la pathologie est en lien avec le Travail ainsi que l'évolution de cette maladie et les éventuels complications doit s'accompagner des commentaires nécessaires et suffisants au sujet des imprimés à compléter, des difficultés qu'il ne manquera pas de rencontrer avec sa caisse primaire d'assurance maladie, des recours éventuels qu'il pourra mener, et aussi l'aider à vaincre les réticences à cette déclaration en lui expliquant ses droits notamment à réparation.

C'est également le rôle du Médecin du Travail de s'assurer que le travailleur n'abandonne pas la démarche en organisant un suivi.

La sous-déclaration des maladies professionnelles n'est pas inéluctable, et les médecins du

travail portent malheureusement une lourde responsabilité en la matière ; dans un service interentreprises de santé au Travail il suffit de relire les rapports annuels pour constater un très important effet Médecin en terme de remise de certificats initiaux de constatation.

Il nous faut encore apprendre à développer cette action basique de la profession et ne plus se censurer en pensant que cela pourrait nuire au travailleur.

N'oublions pas que dans une collectivité de Travail la « déclaration » des maladies professionnelles par le Médecin du Travail à pour conséquence un renforcement de son repérage en tant que professionnel de santé au travail, un effet de consultations spontanées des travailleurs et une action facilitée sur la Prévention des causes de ces maladies. Il est des points de vue de la reconnaissance et de la réparation des maladies professionnelles, mais aussi de l'intérêt général de la spécialité et de la Prévention en santé au travail impensable qu'un Médecin du Travail puisse sous-traiter cet aspect fondamental de ses missions à un tiers aussi compétent fut-il.

Il faut absolument promouvoir le repérage par les travailleurs du rôle central des médecins du travail en matière de reconnaissance et déclaration de maladies professionnelles et leurs garantir un libre accès, autant que nécessaire, au cabinet médical.

L'infirmier(e) en santé au travail : un(e) infirmier(e) clinicien(ne) ? L'équipe médicale de l'équipe pluridisciplinaire du SST

Par Alain Carré, Association Santé et Médecine du travail,

Un nouveau rôle pour les infirmier(e)s du travail et une nouvelle équipe : l'équipe médicale du travail

La mise en œuvre de visites d'information et de prévention à la fois pour les travailleurs sans risques particuliers (selon la loi travail) que pour des travailleurs exposés à des risques particuliers induit un rôle nouveau pour les infirmières et infirmiers.

Tout d'abord il faut rappeler que la notion de risque particulier reste très théorique à une époque où l'organisation du travail elle-même, dans tous les secteurs peut être pathogène. Les articles R4624-11 à R4624-21 et l'article R4624-28 constituent une véritable nouveauté en France car ils instituent de facto sous l'appellation « professionnels de santé » une « équipe médicale du travail » dont les membres médecins, internes et infirmier(e)s relèvent outre du champ du code du travail, individuellement et collectivement, de celui du code de la santé publique. Cela a pour conséquence une césure entre équipe pluridisciplinaire et « l'équipe médicale du travail » constituée des « professionnels de santé » de cette équipe. On peut souhaiter que cette organisation ne soit qu'une étape vers la création dans les SSTIE d'un pôle constitué « d'équipes de médecine du travail » comportant outre l'équipe médicale du travail des IPRP qui lui soient rattachés spécifiquement et d'un pôle de gestion de la santé et de la sécurité positionné du côté de l'expertise HSE et chargé d'aider l'employeur dans son obligation de sécurité de résultat. Cette organisation éviterait la confusion qui règne actuellement dans nombre de services.

L'implication nouvelle des infirmier(e)s du travail dans l'activité clinique

Si l'on désire que l'équipe médicale s'investisse pleinement dans cette prévention il faut lui en donner le temps. En particulier augmenter les effectifs par équivalent temps plein au prétexte de substitution serait saboter cette nouvelle organisation. La première visite de prévention et d'information notamment destinée à exposer au salarié (tous) les risques de son poste nécessite, par conséquent, une montée en compétence de l'ensemble du personnel du SST et pour l'assurer le temps nécessaire.

Cette nouvelle activité des infirmier(e)s du travail n'a pas été intégrée à la loi de santé du 27 janvier 2016 qui instituait la fonction d'infirmier clinicien titulaire d'un mastère. Pourtant, pour la première fois, à notre connaissance, (à l'ex-

ception de ce nouveau corps d'infirmier(e)s), les infirmier(e)s du travail sont chargés d'intervenir dans un cadre clinique.

Ainsi, ces articles demandent à ce professionnel de santé d'élaborer des diagnostics puisqu'il s'agit bien :

1. « d'interroger le salarié sur son état de santé » afin « D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le Médecin du Travail »
2. « s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le Médecin du Travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l'article L. 4624-1 »
3. d'assurer parfois la totalité de la surveillance de la santé des salariés dont certains ne seraient jamais examinés par le Médecin du Travail.

L'élaboration des protocoles en coopération et la maîtrise des possibles

L'encadrement de l'activité infirmière dans ce cadre clinique par des protocoles, qui est rappelée de façon obsessionnelle par le texte (afin d'empêcher réglementairement que l'activité de l'infirmière ne relève de la clinique médicale ?), demande en effet du temps puisqu'il impose au médecin une rédaction qui encadre étroitement l'activité « d'identification de l'état de santé » et la prise de décision en matière « d'orientation ». Cette élaboration ne peut également s'exempter des conditions fixées par le code de la santé publique concernant les rapports entre professionnels de santé. Ainsi, le médecin doit assurer et s'assurer de la compétence des professionnels de santé placés sous sa subordination technique. Il doit également respecter leur indépendance.

Ces conditions ainsi qu'une recherche de qualité de l'acte délégué, impose donc que ces protocoles soient élaborés en coopération avec les infirmiers. L'échange entre professionnels est ici le gage d'une qualité qui conditionne la pertinence de l'acte et relève par conséquent des moyens, y compris temporels, à déployer. **Toutefois, la rédaction des protocoles ne parviendra jamais à maîtriser totalement l'éventail des possibles.** Cela qualifie donc l'activité de l'infirmier comme une activité clinique.

Les responsabilités respectives nouvelles

Se pose alors la question des responsabilités respectives des acteurs. En fait l'infirmier, dont la signature du protocole n'a pour fonction que d'attester qu'il l'a bien reçu, ne pourrait être mis en cause que s'il n'avait pas appliqué le protocole qui lui a été confié (responsabilité d'exécution).

Le responsable des conséquences du protocole est ici uniquement le MDT, ce qu'il atteste par sa signature. L'élaboration par le médecin des protocoles est donc un acte médical clinique puisqu'il concerne des patients. Il nécessite d'une part qu'il déploie les moyens de connaissance, tant médicale que celle des postes et des conditions du travail réel, mais aussi qu'il soit en capacité de tracer leur évolution pour adapter les protocoles en temps réel. Il doit également veiller à ce que l'infirmier ait acquis les compétences nécessaires pour l'appliquer.

Dès lors que le protocole serait dépassé par les circonstances et que l'infirmier déploierait d'autres compétences, il ne pourrait le faire, là encore, que dès lors que ses connaissances le lui permettraient. A moins qu'il ne choisisse d'adresser systématiquement le travailleur au médecin ce qui deviendrait une habitude coutume en temps et saperait l'avantage attendu de cette nouvelle organisation.

Les implications pour la formation et le statut des infirmier(e)s du travail

Ce nouveau rôle de l'infirmier et son intervention dans l'activité médicale amène à conclure que cela implique, outre une augmentation des effectifs d'infirmiers dans les Services de santé au travail :

- Une formation spécifique à déterminer en lien les médecins responsables mais qui équivaldrait à un mastère spécialisé
- Une revalorisation de leur situation en matière de classement salarial
- Un statut de salarié protégé assurant leur indépendance déjà conseillé par le rapport parlementaire sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Sauf si cette organisation était pour la puissance publique un alibi pour avoir sciemment saboté la prévention médicale des risques professionnels, elle impose la mise en œuvre de véritables moyens notamment de formation. La question du temps et des effectifs est au cœur de ces nouvelles pratiques. Il faut par conséquent trouver un juste équilibre entre les nouveaux rôles des infirmiers en nombre plus nombreux qui pourraient décharger l'activité du médecin et le temps nécessaire qu'implique pour le médecin ce nouveau mode de fonctionnement. L'inflation de l'effectif par ETP qui atteindrait aux moyens d'exercice engagerait la responsabilité de l'employeur ou de l'administration qui l'exigerait dans les agréments en matière de conséquences pour la santé des agents.

A voir...A voir...A voir...A voir...A voir...A voir...A voir...A voir...A voir...

Un film de Nicolas Silhol à ne pas manquer !

Emilie Tesson-Hansen est une jeune et brillante responsable des Ressources Humaines, une « killeuse ». Suite à un drame dans son entreprise, une enquête est ouverte. Elle se retrouve en première ligne. Elle doit faire face à la pression de l'inspectrice du travail, mais aussi à sa hiérarchie qui menace de se retourner contre elle. Emilie est bien décidée à sauver sa peau. Jusqu'où restera-t-elle corporate ?

Ce thriller psychologique, décortique les mécanismes du « management par la terreur », dont nous sommes témoins dans certaines entreprises...

Mais ce film est marquant également dans la prise de conscience par cette RH de sa propre manipulation.

L'engagement de l'inspectrice du travail y est remarquable. Question sur l'image du médecin du travail qui est évoqué... mais sans avis ?

Par J Milliez



Parcours d'un Médecin du Travail senior, Benoit Delabrusse

Après 38 ans comme Médecin du Travail dans un service Interentreprises du sud-est de la France, suite à la loi Macron-El Khomri, je préfère démissionner.



Benoit Delabrusse, né 1949.
CES Médecine du travail 1978.
Service Interentreprise du sud
de la France 1979-2017

JST Quels ont été pour vous les étapes importantes de votre itinéraire en médecine du travail ?

B.D - J'ai commencé ma carrière par une courte expérience de médecine générale, mais je ne supportais pas le paiement à l'acte. Je suis alors entré en Médecine du Travail, comme on entre dans les ordres, pour exprimer ma générosité sociale. Au cours de mes dix premières années j'étais le redresseur de tort qui allait changer les conditions de travail et délivrer les pauvres travailleurs de leur aliénation. Bref j'étais un mauvais Médecin du Travail. A la fin des années quatre-vingt, ayant encaissé de mauvais coups, presque KO, j'ai du réviser ma pratique. Mon pouvoir pouvait s'exercer différemment dans le « dire » et l'écrit, tant auprès des salariés que des acteurs sociaux. J'avais intégré l'association Santé et Médecine du Travail (SMT) qui m'a permis de me former éthiquement, m'a donné le sens de mon métier et les outils nécessaires à l'action. La clinique médicale du travail m'a apporté les clés de la compréhension des relations de l'homme au travail et les moyens d'action. La fin des années 80 fut aussi la problématique de l'amiante utilisée dans une entreprise dont j'avais la charge. Cela m'a confronté aux limites de la prévention. C'est en 1997, grâce à un Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main d'Oeuvre (MIRTMO) le docteur Traverse, que nous avons pu identifier les entreprises utilisatrices de notre département. Je du alors constater l'absence de traçabilité dans les dossiers médicaux et d'entreprise. Cela orienta ma pratique jusqu'à ce jour.

Au milieu des années 90, j'ai découvert que la création de sites Internet permettait de communiquer dans le milieu de la santé au travail. Ce fut la création du site de la société de médecine du travail de Marseille jusqu'en 2016, et je fus recruté à 10% de temps pour le site : santé et sécurité au travail en PACA. Enfin je créais le site sante-travail-paca.fr avec sa lettre d'information hebdomadaire adressée à plus de 5000 correspondants.

JST - Vous avez exercé des responsabilités dans votre service interentreprises, qu'en retirez-vous ?

B.D - Pendant une quinzaine d'année, j'ai été élu comme délégué du personnel, délégué syndical, aux différentes instances commission de contrôle, Commission Médico Technique (CMT) C'est un rôle difficile mais indispensable :

- Envers les salariés du service comment arbitrer entre l'idée que l'on a de la santé au travail et des intérêts particuliers ?
- Vis-à-vis des médecins du travail mon rôle a surtout été d'obtenir les moyens nécessaires à nos missions et, plus important encore, faire respecter l'indépendance professionnelle. Je crois que les médecins ont les moyens de faire respecter leur indépendance s'ils le veulent, même si c'est parfois coûteux.

Dans le service nous avons pu construire un collectif de la trentaine de médecins qui permet des consensus sur les pratiques. Je ne suis pas sûr qu'avec les retraites et le renouvellement des médecins ce précieux outil puisse perdurer.

Un regret : ne pas avoir approfondi les relations avec les organisations syndicales de salariés. Mais leur pouvoir de contrôle est très limité et je n'avais pas senti d'objectif bien défini envers les services de santé au travail.

JST Pourquoi une prolongation de votre activité de Médecin du Travail après la retraite ?

B.D - A l'âge de 61 ans, ayant validé les années nécessaires, et prenant plaisir dans mon travail, j'ai pu prendre ma retraite et continuer mon activité dans le service, à temps partiel avec une partie du pool d'entreprises précédentes. Au cours de ma carrière j'avais

exploré des voies parallèles dans le domaine de la santé au travail et je souhaitais les approfondir :

Dans la continuité de mes préoccupations antérieures, je m'interrogeais sur le devenir médical des salariés exposés à des cancérrogènes à qui j'avais remis des attestations d'exposition. Avec une consœur, j'ai alors pu créer une « consultation du risque » consistant à rechercher des expositions professionnelles, chez des patients atteints de cancer primitif du poumon et, bien sur, leur proposer, pour 60% d'entre eux, une déclaration de maladie professionnelle. Ceci dans un établissement spécialisé dans le traitement des cancers et grâce à un financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS). A cette activité s'est récemment ajoutée en 2017, une consultation mensuelle de recherche des expositions professionnelles en OncoHématologie au centre hospitalier. Bien sûr ces activités sont dans le domaine de la réparation et de la justice sociale et non dans la prévention qui est la raison d'être de notre fonction de Médecin du Travail.

Enfin je fus sollicité par une association œuvrant dans le domaine du reclassement pour faire l'adéquation entre la santé de personnes handicapées et leur projet de reconversion professionnelle. Nous restons là dans le domaine de l'aptitude à un métier.

C'est le piège du temps libre qui permet de se consacrer aux activités qui vous passionnent alors que vous êtes dégagés des contraintes de la situation de salariat.

JST - Et pourquoi démissionner ?

B.D - Jusqu'à l'année 2016, je travaillais avec un effectif « raisonnable » d'environ 3000 salariés en ETP (Équivalent temps plein) qui me permettait de rencontrer les salariés environ tous les 2 ans et de construire avec eux leur santé au travail. Je faisais fréquemment appel à un pool d'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), Assistant en Santé Travail (AST) Assistant Médico Technique (AMT) que j'avais partiellement formés et avec qui nous travaillions en bonne intelligence. Je maîtrisais le contenu de mon travail. La démedicalisation nationale de la santé au travail, nous avait épargné. Mais fin 2016, suite à la loi « Macron-El Khomri » dite « loi travail » notre direction a décidé de ne pas remplacer les médecins partant en retraite alors que la démographie médicale départementale et régionale le permettait encore.

Cela se traduisait par une augmentation du nombre d'entreprises en charge et de leurs effectifs salariés d'environ 50% et l'obligation de déléguer des entretiens à une infirmière en santé travail. Les conséquences étant :

- L'espace des irremplaçables « colloques singuliers » de l'ensemble des salariés qui génèrent une vision globale du fonctionnement des entreprises, et notamment des relations sociales. En accueillant les salariés tous les 4-5 ans, mon travail subirait un changement fondamental : Il faut du temps pour établir un lien de confiance avec les salariés qui permet d'appréhender par la « clinique médicale du travail » le travail réel et toutes ses implications psychosociales.
- En rencontrant surtout des salariés en difficulté, sans connaissance de l'activité réelle de travail, j'allais être réduit à un travail d'expertise c'est-à-dire de « sachant » exclusivement médical.
- Je ne concevais pas de travailler avec une infirmière sans une longue collaboration qui permette une formation et l'établissement d'un lien de confiance. C'est un investissement à long terme. Or compte tenu de mon temps de présence réduit et de mon âge cela me paraissait irréalisable. Si j'avais eu 15 ans de moins...

Par ailleurs j'étais en désaccord avec la politique de la

direction du service : « politique du chiffre ».

Le transfert des tâches administratives de saisie informatique pendant les consultations (Dossier médical « sans papier » « tout informatique ») au détriment du temps de dialogue avec les consultants.

Absence de soutien du Médecin du Travail face aux récriminations de certains dirigeants d'entreprise.

Politique de « prestation de service démedicalisée » aux entreprises.

Cette cessation d'activité est douloureuse car je prenais beaucoup de plaisir dans mon travail, dans mon activité au service de la santé au travail des salariés et aussi dans les fructueuses collaborations avec les différents membres du service, chez qui j'espère avoir fait passer une partie de ma rigueur et de mon éthique professionnelle.

JST - Qu'attendez-vous, qu'espérez-vous pour les services de santé au travail interentreprises et pour la santé des travailleurs en général ?

B.D - Avec l'évolution législative passée et à venir je pense que les services de santé au travail ont fait un virage à 180 degrés. L'évolution vers une démedicalisation programmée est presque achevée. En 2014, ce sont les présidents des services de santé au travail qui ont dicté les termes des articles 21 & 22 des 50 mesures de simplification : propositions du conseiller présidentiel Macron. Les lois et décrets de 2016 ont parachevé l'objectif initial.

Il serait absurde de nier la diminution du nombre de médecins du travail, mais le mot « pénurie » a été érigé en dogme incontestable alors que nous constatons des différences importantes de densité selon les régions. Ainsi cette notion est relativisée dans les villes de fac et dans le sud de la France par l'attrait du soleil. Même le CISME reconnaît dans son bulletin d'information de février 2017 que « La ressource médicale se stabilise » Partout en France nous constatons une conjonction d'objectifs entre les directions des services Inter-Entreprises et les Directions Régionales du Travail (DI-RECCTE) sur l'embauche d'infirmières qui n'est plus une possibilité mais est devenue une obligation. Alors que certaines infirmières en santé au travail, essaient de construire une clinique médicale du travail qui leur soit propre, nous assistons à une « standardisation » de leurs pratiques qui se traduit souvent par une normalisation sous prétexte d'« harmonisation » des protocoles individuels médecin/infirmier[e].

Les directions des services imposent une politique du chiffre sans consensus sur les contenus et leur qualité. Les résultats n'ont donc pas de sens et l'injonction du chiffre oblige les salariés à tricher avec eux-mêmes pour les obtenir. Des médecins du travail et des services se noient dans des indicateurs d'activité promus au nom de dispositifs de « progrès » où la qualité est confondue avec des dénombrements de procédures.

Cette démedicalisation programmée permet aux directions de s'affranchir de l'indépendance professionnelle des médecins et d'assurer la survie des services de santé au travail en vendant des prestations de santé, de bien-être au travail, etc.

Cela permettra t'il le maintien de l'emploi des salariés des services de santé au travail ?

Cela favorisera t'il l'attrait de la profession pour les nouvelles générations de jeunes médecins du travail ? Cela servira t'il à la construction de la santé des salariés par le travail ?

La loi El Khomri a eu un rare effet positif : la suppression de l'aptitude pour bon nombre d'actes des médecins. Beaucoup en sont désorientés. Espérons que cela leur permettra de revenir au sens original de notre métier : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Attractivité de la médecine du travail

Par Luc Gerson

La pénurie des médecins du travail est particulièrement marquée après deux décennies d'insuffisance de formations initiales et une moyenne d'âge de 54 ans qui implique de nombreux départs à la retraite.

En ce premier trimestre 2017, les trois ministères de la santé, du travail et de l'éducation nationale et de la recherche ont missionné leurs inspecteurs pour plancher sur l'attractivité de la médecine du travail. Une cinquantaine de personnes morales ou physiques ont été auditées, mais le JST anticipe le sommeil du rapport sur une étagère ou dans un répertoire numérique inaccessible, en relatant les attentes de plusieurs d'entre eux, praticiens, enseignants, apprenants ou syndicalistes...

En préalable beaucoup ont souhaité un affichage bien plus lisible de l'importance de la santé au travail pour la santé de la population. L'itinéraire et les conditions de travail restent, selon les études, le premier facteur discriminant de l'Espérance de vie et surtout de l'espérance de vie en bonne santé, bien avant l'alimentation, les addictions ou les particularités génétiques. Ceci n'apparaît pas explicitement dans les plans de prévention de santé publique, ni dans les attributions budgétaires des enseignements.

Aux quatre approches plus spécifiques explorées par la mission, les propositions ne manquent pas.

Attirer davantage d'étudiants en 3^{ème} cycle de médecine du travail ?

Oui, mais déjà dans le 2^{ème} cycle, il faudrait introduire des éléments significatifs de santé et travail. Avec notamment des notions d'épidémiologie globale, d'usure et d'implication corporelle (TMS...), de cancérogénèse par exposition professionnelle, de décompensation psycho sociale par les risques organisationnels (RPS). Nous avons appris que le temps d'enseignement consacré sur le sujet dans le 2^{ème} cycle est actuellement de 0 à 9 heures suivant les universités. Même neuf heures sont bien insuffisantes par rapport à l'enjeu de santé publique...

L'évolution des structures et de la gouvernance des services de santé au travail constitue le principal effet répulsif pour les médecins en formation. La mission de dire la santé au travail, de sa prise en compte et de promotion de la prévention qui serait motivante pour les professionnels de santé est trop souvent dévoyée pour des prestations alibi et compensatoire de la gestion des risques et des hommes au travail par les entreprises.

Cette gouvernance patronale et un encadrement du ministère du travail privilégiant des réglementations formelles contribuent à tenir à distance les médecins du travail de la communauté médicale. Le renforcement de la tutelle du ministère de la santé sur les services de la santé au travail serait bienvenu et un éventuel rapprochement pondéré avec les Agences Régionales de Santé où la représentation des travailleurs aurait une vraie place.

Reconversion en milieu de carrière notamment des collaborateurs médecins ?

Le passage de quatre à deux ans de la durée de cette reconversion serait une facilitation sans concession à la qualité de la formation. Les collaborateurs ont déjà eu au cours d'un internat de 3 ans ou plus une approche des activités clinique et/ou autre qu'il leur est nécessaire d'adapter et non de recommencer à zéro comme les internes. Ils ont eu aussi des acquis d'expérience pourraient être partiellement validés (formations MSA et belge par exemple).

En plus des modules théoriques de pathologies, il apparaît judicieux d'introduire des formations pratiques de clinique médicale du travail, au travail interdisciplinaire et aux coopérations partenariales.

Le tutorat des collaborateurs médecins devrait devenir une réalité ni fictive, ni autoritaire et restrictive, mais une émulation avec un questionnement pédagogique concerté pendant les deux ans. Il est primordial que les tutorats soient un engagement professionnel encadré par l'université et non des désignations par des directions ou service en conflit d'intérêt. L'insuffisance des références en tutorat de terrain est de même nature pour les internes et pour les infirmiers en santé au travail.

Des capacités universitaires ? Elles sont à renforcer pour la santé au travail.

Par manque d'universitaires en santé au travail, nombre d'entre eux sont saturés. La diminution des praticiens de terrain à la participation de l'enseignement universitaire en santé au travail s'est confirmée ces trente dernières années tant pour des raisons structurelles de l'université que par la distance avec les services de santé au travail. La réintégration de praticiens en santé au travail dans les cycles de formation du 3^{ème} cycle est souhaitable et à reconquérir. Le développement de capacités universitaires de médecine générale depuis 20 ans est sans doute un modèle à adapter.

Il ne s'agit surtout pas de remplacer les professeurs actuels, mais d'inciter des praticiens de terrain à s'investir dans des équipes pédagogiques où les universitaires sauront animer et préserver la pertinence scientifique et pédagogique. Mais il faut trouver aussi des ajustements statutaires qui permettent plus facilement le passage de la pratique de terrain dans un service de santé au travail à une activité universitaire, chargé de cours ou d'enseignement. Pourquoi pas même des professeurs associés ? Libérer les Médecins du Travail volontaires de leur dépendance exclusive à leur service : c'est aussi un enjeu de gouvernance.

La complémentarité de leurs investissements dans l'enseignement et la recherche est une diversité

souhaitée de nombreux praticiens, et une collaboration attendue d'enseignants.

Des formations communes pour l'équipe pluridisciplinaire ?

Évidemment, l'objet commun de la santé au travail et des conditions de travail ouvre la porte à de nombreuses formations communes possibles. De plus l'accès aux connaissances est démultiplié par les ressources numériques potentiellement communes.

Mais la reconnaissance des différences entre les métiers est encore nécessaire pour éviter les confusions. Diagnostiquer et accompagner la santé d'un travailleur ou d'un collectif n'est pas le même positionnement que d'identifier les risques professionnels même si les deux approches doivent se compléter dans un service de santé au travail. Toutefois si le niveau de connaissance demandé ne sera pas le même pour un médecin et un infirmier du travail, des références communes s'imposent et surtout il est important que les langages et les catégorisations utilisés par les deux métiers soient convergents ou au moins compatibles.

Au-delà du développement de ces ressources communes de formation, ce sont les échanges et les concertations interdisciplinaires qui semblent un enjeu majeur dans la tendance des organisations du travail actuelles, où la formalisation de procédures uniformes et réductrices remplacerait les spécialisations et les positionnements de métier au détriment du réel.

Cette inspection interministérielle n'est pas missionnée pour l'essentiel de la question de l'attractivité :

La nature de la mission et des conditions d'exercice de la médecine du travail n'est-elle pas le premier élément d'une attractivité pour la profession. Il a fallu plus d'un demi siècle pour que la majorité des professionnels de santé au travail se libèrent de pratiques sélectives liées à l'aptitude au poste de travail pour dire le lien santé travail plus clairement. L'abandon d'un rôle « médico-légal » sélectif de la Médecin du Travail pour recentrer son action sur le dévoilement et l'accompagnement de la santé au travail en interaction plus étroite avec l'ensemble du système de santé, et plus claire avec les partenaires sociaux est le premier facteur d'attractivité pour la médecine du travail et ses collaborateurs.

L'attractivité de la médecine du travail est à conquérir non seulement par des apports universitaires, mais aussi par une restructuration de l'organisation des services de santé au travail.

Coopération médecin - infirmier du travail.

Une expérience intéressante

Par H Wanquet et M Chevalier

Le travail en coopération en santé travail ne doit pas être un palliatif à la baisse de la démographie médicale, comme il serait facile de penser. Un Infirmier Santé Travail (IST) ne peut pas remplacer un Médecin Du Travail (M.D.T.) et prendre en intégralité la charge de travail ou une partie du secteur du Médecin du Travail. L'infirmier à ces limites de compétence.

Par contre le travail en équipe entre le Médecin du Travail et l'infirmier en santé au travail est particulièrement enrichissant. Il améliore la qualité du suivi de la santé du salarié en aidant ce dernier à être acteur de sa santé. Mais pour cela, il faut se donner les moyens d'une véritable coopération reposant sur la confiance.

Etablir la confiance entre professionnels de santé au travail, c'est d'abord reconnaître la qualification et la formation de chacun dans sa spécialité et son métier. Autant l'infirmier en santé travail peut être sûr des connaissances d'un médecin diplômé en médecine du travail, autant le Médecin du Travail doit pouvoir reconnaître la formation qualifiante d'un infirmier. Dans notre expérience, le passé professionnel de cette dernière en tant qu'infirmière d'entreprise et la formation en licence a été un élément important d'un bon départ dans notre coopération.

La confiance nécessite ensuite que l'on puisse donner à voir nos pratiques. L'infirmier a besoin de comprendre le mode de fonctionnement et les valeurs de travail du médecin avec qui il doit faire équipe. Ceci afin de s'assurer de la cohérence de l'action et de pouvoir l'anticiper ou de se sentir en congruence avec lui. Le médecin devra donc pouvoir travailler en toute transparence avec l'infirmier qui pourra assister à ses consultations, participer aux réunions et accompagner ce dernier dans ses déplacements dans les entreprises, suffisamment longtemps. Le médecin donne donc à voir ses pratiques mais accepte inévitablement d'avoir à les expliquer, à en rendre compte voire accepter de les remettre en cause devant des réflexions pertinentes. A l'inverse, l'infirmier devra faire un travail similaire pour que le médecin puisse comprendre le raisonnement et la conduite d'une consultation infirmière. Cette période d'apprentissage commun des pratiques, permet

de s'assurer du partage d'un certain nombre de valeurs dans le travail, et d'éclaircir les attentes et les limites de chacun afin d'éviter les malentendus.

Une fois la confiance établie, le travail en coopération devient possible. Il s'apprend au fil du temps et nécessite la mise en place d'outils, d'organisation de travail et d'espaces de discussion. L'infirmier est formé et soumis à la nécessité de transmettre et d'informer le médecin, mais ce dernier doit apprendre à faire de même en retour afin de ne pas mettre l'infirmier en difficulté par manque d'information ou d'adhésion. Car il s'agit de pouvoir échanger sur des conduites à tenir, discuter sur le cas d'un salarié en difficulté, d'élaborer des pistes d'action en entreprise en établissant le rôle et la place de chacun selon ses compétences et sa position, comme par exemple dans les quelques exemples qui suivent.

- Mme M, en situation de conflits de valeurs dans un centre d'appel, a pu élaborer à la suite d'une série d'entretiens en alternance entre le médecin et l'infirmier des pistes d'action qui lui ont permis de retrouver confiance et pouvoir d'agir pour préparer son départ de l'entreprise en inaptitude.

En effet dans cette coopération le médecin et l'infirmier ont pu constater que le suivi rapproché des salariés en difficulté par deux interlocuteurs différents mais en cohésion pouvait permettre à ces derniers une analyse plus rapide de leur situation et donc une reprise de leur pouvoir d'agir plus précoce.

- De même l'infirmier a pu conseiller Mr V. pour prendre un rendez-vous en urgence avec son médecin traitant, alors qu'il était en grande souffrance psychologique, et que le Médecin du Travail était absent du cabinet. Ce qui a per-

mis à Mr. V sur les conseils de l'infirmier dans un premier temps de prendre du recul sur sa situation et de rencontrer le Médecin du Travail pendant son arrêt maladie pour envisager son avenir. Le médecin a pu discuter avec l'infirmier de la progression du salarié dans sa compréhension de sa situation de travail qu'il qualifiait tout d'abord de harcèlement moral, alors qu'il s'agissait de conflit sur le sens du travail.

- Enfin l'infirmier suite à son expérience en entreprise, sa formation et la congruence établie avec le médecin se sent à même de signaler à l'occasion d'une réunion de C.H.S.C.T. en entreprise la responsabilité de l'employeur dans le choix et le port des EPI. C'est également cette coopération qui lui permet, dans l'entreprise R, concession automobile, de signaler l'importance du questionnement sur l'organisation du travail dans la survenue d'un AT.

On arrive tout naturellement à la dernière condition qui est de disposer du temps nécessaire à ces espaces de discussion et de réflexion. Périodes dédiées dans l'emploi du temps, mais aussi disponibilité pour pouvoir s'écouter de façon impromptue.

Pour l'infirmier l'intérêt du métier ne peut être préservé que si ces conditions sont réunies et permettent une vraie cohésion d'équipe pour mettre en place un travail d'accompagnement des salariés pour la préservation de leur santé.

Pour le Médecin du Travail, le retour à un exercice « solitaire » est impensable. La collaboration avec l'infirmier permet à la fois d'être plus exigeant sur les dossiers et d'avoir la possibilité de prendre du recul et d'améliorer le sens du suivi des salariés.

Infirmiers Santé Travail : une spécialisation indispensable . . .

Par V. Bacle

Une vraie réflexion se fait jour sur les compétences et l'apport des Infirmiers à la santé au Travail. Nous sommes passés d'une conception d'« assistance » au Médecin du Travail à la notion de coopération et de complémentarité. Mais, pour cela, il faut que les compétences soient réelles, et que la formation des Infirmiers de santé au Travail soit de haut niveau et spécialise réellement les professionnels.

Le DE Infirmier apporte les compétences qui permettent d'évaluer une situation clinique et d'établir un diagnostic infirmier, d'initier et de mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, de communiquer dans une relation de soin, mais seule une formation solide en santé travail permet :

- de comprendre l'environnement social et juridique du monde du travail,
- de connaître les risques professionnels et les pathologies induites,
- de mener un entretien santé travail infirmier de qualité interrogeant

- réellement le travail et permettant l'action infirmière en éducation santé,
- de mener des projets de prévention avec méthodologie,
- de travailler en équipe sur le maintien dans l'emploi
- de connaître son champ de compétences permettant une vraie coopération Médecin du Travail-infirmier, pour la mission première et commune de préservation de la santé au travail des salariés

Nous voyons trop d'infirmiers en souffrance, ou n'exerçant pas réellement leur mission en santé travail, car il leur manque justement la formation à cette spécialisation. Il est juste d'exiger plusieurs années de spécialité pour les médecins, est-il si étonnant de demander un an de formation supplémentaire pour les infirmiers ?? La prévention est le parent pauvre des spécialités infirmières... puisqu'il n'y en a pas !!

D'autre part, le SNPST demande depuis plusieurs années la reconnaissance Master1 ou Master2, donnant une vraie spécialisation aux infirmiers santé travail, et non pas une licence (DE Infirmier) + un certificat ou une autre licence. Il s'agit de reconnaître les compétences développées et de donner une perspective aux professionnels qui choisissent la filière... Nous avons besoin d'un programme de formation ambitieux, uniformisé sur le territoire, enseigné par les pairs, transversal pour que les équipes apprennent à se connaître et à travailler ensemble dès la formation. Le SNPST fera des propositions en ce sens dès le prochain congrès de Novembre 2017.

>> suite de la page 1 >>



départementaux des cancers implantés dans chaque département et comportant des informations sur l'histoire professionnelle et résidentielle des patients atteints de cancer. A l'heure actuelle, regroupés au sein du réseau Francim, la surveillance concerne un peu plus de 20% de la population française pour seulement une partie des cancers. Cette carence rend parfaitement légitime des initiatives plus locales visant à rompre l'invisibilité des malades de certains cancers voire à déconstruire l'ignorance relative à la toxicité de certains produits responsables du développement de tumeurs spécifiques.

La recherche de la reconnaissance de ces hémopathies en pathologies professionnelles s'impose et ouvre aussi la question pour les riverains. L'invisibilité de l'étiologie professionnelle de ces cancers va de pair avec l'invisibilité environnementale. Les deux invisibilités se renforcent.

Le refus, par le Ministère de l'Agriculture, de soutenir ce projet au titre du plan Ecophyto 2 pose toujours la même question des conflits d'intérêts entre l'emprise inhibitrice des producteurs et de leurs partenaires sur la santé au travail. En revanche, le soutien partiel de la ligue nationale contre le cancer montre que les associations tra-

ditionnellement centrées sur les soins médicaux s'intéressent désormais aussi à la question environnementale et sociale.

Pour les professionnels de la santé au travail, auxquels ce journal s'adresse particulièrement, cette initiative nous pose question. Pourquoi la santé au travail est-elle si souvent négligée par le système de santé, la santé publique et les institutions de recherche, de veille et de suivi ? Pourquoi les médecins du travail ne s'impliquent-ils pas davantage avec leurs services de santé au travail dans cette contribution légitime au lien santé travail avec l'ensemble du système de santé ?

Poser ces deux questions, c'est évidemment déjà interpeller la politique de santé et la gouvernance des services de santé au travail. Mais nous ne pouvons pas nous contenter de botter en touche ou d'alléguer ce manque au « système ». Les médecins du travail ont la qualification et l'indépendance nécessaire pour s'investir dans la prise en compte de ces liens santé travail par les autres professionnels de santé, les organismes de veille et de recherche. Notre investissement dans ce domaine est encore largement insuffisant. Nombre de nos collaborateurs directs et notamment les Infirmiers de santé au Travail sont motivés pour valoriser et tenir de tels investissements comme prioritaire dans nos services. Même si toute l'organisation et la direction des services et les nouvelles réglementations tendent à ignorer ce travail de mise en visibilité en nous saturant de procédures multiples et formelles de suivis plus assurantiels que réels pour la santé au travail, il nous appartient d'agir...

2 à 8 % de K professionnels ?

Une sous-estimation épidémiologique mondialement organisée.

Lors du colloque sur l'invisibilité des cancers professionnels un épidémiologiste nous a fait part de sa quête des sources de cette référence admise d'un taux de 2 à 8% de cancers d'origine professionnelle. La lecture d'une étude de 2016 cite ce chiffre sans autre argument que la citation d'une étude de 2013. Celle-ci renvoie à une étude de 2007 qui renvoie elle-même à une étude de 1997. Finalement la source est une communication de 1981 de deux chercheurs missionnés par l'administration américaine sous Reagan aux États-Unis et qui ont fait une revue imprécise et partielle de littérature. Cette commande avait d'ailleurs pour but de contrer une première étude de 1978 d'un collectif de chercheurs d'universités américaines qui estimaient entre 20 et 40% l'origine professionnelle des Cancers à l'époque. Mais des extrapolations leur seront scientifiquement reprochées. L'idée de peu de cancers d'origine professionnelle est donc promue depuis plusieurs dizaines d'années alors qu'elles ne sont que des estimations au doigt plus ou moins mouillé dans le vent.



Congrès de SNPST

samedi 18 Novembre 2017

bourse du travail - annexe Varlin 85 rue Charlot
métro république - Paris X de 9h à 17h

10H conférence de Louis Maurin
directeur de l'observatoire des inégalités

**les inégalités en santé au travail,
quel rôle pour les professionnels de Santé au travail**

après-midi débat

Stratégie pour les professionnels de santé au travail

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : contact@snpst.org

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

le Journal
des professionnels
de la Santé au Travail

N° 64

OCTOBRE
2017

65/67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

Tél. : 01 40 23 04 10

<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 : Diana et Claudine

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL - 01 34 25 82 80

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

ONT COLLABORÉ :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Alain Carré, Mireille Chevalier, Benoit Delabrusse, Jean-Michel Domergue, Luc Gerson, François Leroux, Gérard Lucas, Melissa Menetrier, Joëlle Milliez, Jacques Ravon, Katia Wanquet

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

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