

## >> Sommaire

- Actualité syndicale** ...p2
- Modèles de fiche rigidités incohérentes, arrêté du 16/10/17
  - Contentieux
- Terrain** .....p3
- Les commissions Médico Techniques. La santé au travail deviendrait-elle hors-sujet ?
- Institution** .....p4
- Parcours de DPC en Santé au Travail
- Interview** .....p5
- Denis Gregoire
- Chantier** .....p6
- Une mission pour la qualité de vie au travail, attendre quoi ?
  - Infirmier de pratique avancée en France position de l'ordre infirmier
- Eurêka** .....p7
- Coopération médecin infirmier en santé au travail

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 65

FÉVRIER 2018

## >> Éditorial

Les inégalités sociales restent un critère majeur des inégalités en santé au travail ; ce que révèle sans vraie surprise en Une l'observatoire des inégalités. L'interview de Denis Grégoire au milieu du journal, nous donne une large vision des avancées et des limites de la commission européenne, dont quelques repères positifs pour la santé des travailleurs ne nous exonèrent pas d'actions de terrains pour compléter les lacunes de REACH, l'indigence de la prévention des risques psychosociaux à cette échelle ou les retards d'une prise en compte des TMS. Nous comprenons bien l'irritation de notre consœur en page 2, confrontée à l'incohérence des modèles de fiche publiés par le ministère du travail qu'il nous faut dépasser pour préserver la santé des travailleurs que nous suivons ou qui nous font appel. Nous sommes indignés par la répétition des poursuites par des entreprises contre des médecins devant le conseil de l'ordre alors que l'atteinte à la déontologie n'y est pas perceptible. Comme Jean-Michel Domergue, nous déplorons l'évolution manipulée des commissions médico techniques (CMT) vers des chambres d'enregistrement de représentants des personnels des services sans possibilité d'élaboration d'analyses ou de propositions professionnelles en santé au travail. Nous sommes dubitatifs face à une mission interministérielle qui définit incomplètement la mission des services et des professionnels de santé au travail.

Mais les lecteurs du JST sont invités à résister et reconquérir la pertinence de leurs capacités en santé au travail utilisant au mieux le parcours proposé de Développement Professionnel Continu, en déployant des pratiques avancées incitées par l'Ordre Infirmier lui-même. Le sens du métier peut être retrouvé partagé et renforcé par des coopérations médecins infirmiers en confiance.

Gérard LUCAS

Mais qu'est-ce qui fait la protection justement ?

- Le statut, comme celui de fonctionnaire (environ 4,5 millions de personnes),
- Le niveau de diplôme, qui assure la possibilité de retrouver du travail dans de brefs délais,

## Inégalités et santé au travail

Par Véronique Bacle

*Lors de notre congrès de Novembre 2017, nous avons accueilli Louis Maurin, Directeur de l'Observatoire des Inégalités fondé en 2003 à Tours, association indépendante dont l'objectif est de dresser un état des lieux des inégalités. Il est également consultant pour un bureau d'études, le Compas, où il est responsable du Centre d'observation de la société. Il était auparavant journaliste à Alternatives Économiques.*

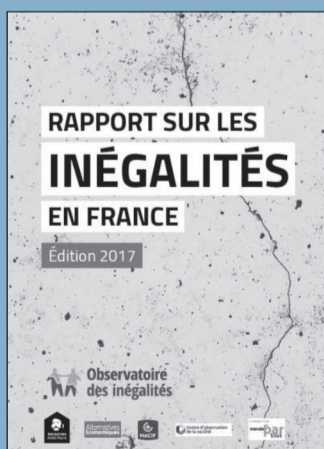
### L'observatoire des inégalités



Louis Maurin directeur directeur de l'Observatoire des inégalités

Association loi 1901 reconnue d'intérêt général, l'Observatoire des inégalités, présidé par le philosophe Patrick Savidan, a pour objectif principal de collecter des données et de produire des analyses sur les inégalités présentes dans la société française. Organisme indépendant sous forme associative, il vit pour une grande partie grâce au soutien de donateurs individuels.

Pour retrouver toutes ses informations, retrouvez-le sur [www.inegalites.fr](http://www.inegalites.fr).



Comme le précise Charles MUNTNER, Professeur de Santé Publique et de Psychiatrie, dans la Revue Santé et Travail d'Avril 2015 : « Les conditions d'emploi et de travail, concepts différents mais étroitement liés, font partie des déterminants sociaux de la santé et jouent un rôle prépondérant dans les inégalités de santé. La précarité de l'emploi – travail à temps partiel, temporaire, au noir, chômage – s'est développée au détriment des statuts stables depuis les années 1980. Cette insécurité produit un effet délétère sur la santé mentale et physique des travailleurs tout en renforçant des mécanismes de compensation. Les jeunes, les femmes, les migrants ... sont les plus concernés par cette précarité. Les travailleurs manuels et/ou sans qualification sont les groupes sociaux les plus susceptibles d'être exposés à de mauvaises conditions de travail. Ils cumulent souvent celles-ci avec de mauvaises conditions d'emploi, augmentant les risques de problèmes de santé. Les normes et les bonnes pratiques en santé et sécurité au travail ne suffisent pas pour réduire ces inégalités. Une action en amont s'impose, avec le déploiement de grandes politiques sociales, permettant une régulation des conditions d'emploi et une meilleure redistribution des revenus de la production des travailleurs. »

Selon Louis MAURIN nous avons, en France, un modèle social performant, avec quelques éléments :

- L'école n'augmente pas les inégalités, et la France n'est pas championne du monde des inégalités !
- Les niveaux de vie s'élèvent globalement,
- Le taux de pauvreté est l'un des

plus faibles au monde, même s'il y a progression ces dix dernières années,

- Les conditions de logement s'améliorent,
- La place des femmes dans la société change,
- Les conditions de travail s'améliorent, même si cette affirmation est tempérée par la suite.

Attention donc au double effet pervers de la critique sociale, qui permettrait la remise en cause d'un modèle social qu'on jugerait coûteux et pas performant...

### Le mal emploi

Cependant persiste, voire se développe le choc du mal emploi, et la dégradation de la condition AU travail : le chômage a progressé de + 70% de 2008 à 2018 (70% chez les ouvriers et employés, 8% chez les cadres). A l'intérieur du monde ouvrier, les moins qualifiés sont beaucoup plus fragilisés que le reste des actifs...

Au-delà du chômage, il faut noter la précarisation du travail : contrats courts, temps partiel contraint, flexibilité tout-au-long de la vie . Un quart de la population au travail est concernée par le « mal emploi » : CDD, travail intérimaire, saisonnier, travail « indépendant » fictif (UBER), travail vacataire du secteur public...

### Une société duale

Le dualisme du marché du travail est en grande partie supporté par les jeunes des milieux populaires.

Les conséquences en sont énormes, non mesurées par ceux qui en sont « protégés » : difficultés pour se loger, pour la vie de couple, de famille...

>> suite page 8 >>

# Modèles de fiche rigidités incohérentes, arrêté du 16 octobre 2017

Par L. Legras

*Il a fallu plusieurs mois avant que l'arrêté fixant les modèles de fiches de visite ne soit publié et pour quel résultat... irritant.*

Passons sur les fantaisies de dénomination : les médecins référents des entreprises font leur apparition. Tout laisse supposer qu'il s'agit encore du médecin du travail affecté au suivi de l'entreprise... pour l'instant.

Les heures d'arrivée et de départ figurent en bonne place. Quel lien avec le suivi de santé ? Mais brouillilles que tout ça ; chacun est libre d'avoir un compteur taxi ou pas.

## Attestation de suivi - annexe 1

Le cadre « type de visite » devient un peu plus intéressant dans l'attestation de suivi : le rédacteur du modèle fait figurer avec application les références des articles quand ils existent et quand ils sont en concordance avec l'écriture. Mais comment mettre en parallèle l'exigence de la vérification de la compatibilité du poste avec l'état de santé qui est l'objectif même de la visite de reprise, (quel que soit le tri initial des salariés SIR (Surveillance Individuelle Renforcée) ou pas SIR), avec la préconisation d'utiliser un avis d'aptitude qui est la vérification de la compatibilité de l'état de santé avec le poste, soit la notion inverse !

Pourquoi ne pas faire figurer le type de visite à la demande ?

Le cadre « prochaine visite » interpelle : pourquoi figer le prochain acte ? Aucun texte ne prévoit une telle rigidité. Les protocoles peuvent prévoir différents cas de figure, l'évolution de

l'état de santé, de l'entreprise, de la composition de l'équipe peut modifier la prévision initiale. On imagine sans peine un salarié ou un employeur s'alarmer de la réalisation d'un acte par la « mauvaise case ».

Le cadre attestation prévoit que le professionnel de santé agisse dans le cadre d'un protocole d'un médecin qui ne serait pas le médecin référent ?

## Aménagement de postes - annexe 4

Elle prévoit des dates différentes entre la visite qui a donné lieu à l'attestation et les propositions du médecin du travail, médecin qui se double du collaborateur dans le cadre signature mais pas dans l'attestation ! Quid de la situation dans l'intervalle ? Et quand débute un échange : quand il est indiqué dans la fiche d'entreprise ou lors d'un courrier que le poste est à risque d'apparition de maladie professionnelle ou lorsqu'on envoie l'attestation après reprise suite un arrêt maladie pour cette MP ?

## L'avis d'aptitude - annexe 2

Outre les transgressions éthiques que cet avis d'aptitude impliquent, et qui font d'ailleurs l'objet d'un recours en conseil d'état, il n'est pas plus clair : article R4624-24&25 est en contradiction avec la présentation de la fiche, seul le médecin du travail est mentionné dans le décret pour l'avis périodique d'aptitude mais le collaborateur peut signer l'avis d'aptitude du jour... si le pro-

tocole le permet, c'est vrai. Mais où sont passés les internes dans l'esprit des rédacteurs ?...

## Quant à l'avis d'inaptitude - annexe 3,

que dire de la mention 1<sup>ère</sup> visite ? Avec toujours les heures d'arrivée et de départ, élément médical essentiel, n'est-ce pas ? Date de l'étude de poste : parce que le poste n'a jamais été étudié avant ? ... Pauvres de nous qui déclarons des salariés aptes sans savoir ... et qui n'avons aucune idée des conditions de travail dans l'entreprise, conditions qui ne participent jamais à l'état de santé, c'est bien connu !

Il n'aura échappé à personne que les cas de dispense de l'obligation de reclassement dominant les conclusions et indications relatives au reclassement. Simple hasard ?

Bref : ne perdons pas de vue notre mission. La visite de reprise vise à vérifier si le poste est compatible ? Donc pas d'avis d'aptitude à rendre tant que le législateur n'a pas réécrit l'article R4624-32.

Étude de poste et des conditions de travail : pas de date à préciser cf article R 4624-42 ou alors toutes les dates de visites d'entreprise, de visites médicales, d'entretien infirmier qui concourent à mieux connaître les postes et les conditions de travail !

**Les modèles ne sont que des modèles pas des documents certifiés, à nous de garder la main pour les compléter si besoin en donnant notre avis de professionnel de santé.**

## Contentieux

Par Jacques Ravon

### Plaintes des employeurs à l'Ordre des Médecins ça gonfle !



400 généralistes auraient été inquiétés entre 2011 et 2015 par des plaintes d'employeurs au Conseil de l'Ordre des Médecins en raison de certificats écrits pour leurs patients en rapport avec le travail. Et le nombre de ces plaintes aurait doublé dans cette courte période. C'est l'extrapolation que l'on peut faire de la thèse de Mathilde Boursier (université de Rennes 19 mai 2017) à partir de la réponse de 17 conseils départementaux à ses questions. La non réponse de plus de 80 % des départements est hélas en phase avec la rétention d'information au niveau national qui ne donne aucune statistique, tout en prétendant qu'il ne s'agit que de quelques cas isolés. Quelle est donc cette juridiction qui reste dans l'opacité ?

Les trois quarts des plaintes sont « conciliées ». Cette conciliation se passe devant le conseil départemental entre l'employeur et le médecin. Sans accès aux dossiers, les témoignages sont convergents et alarmants : le médecin est en situation délicate pour respecter le secret médical du salarié patient absent, et assez souvent change son certificat en abandonnant tout ou

partie des liens santé travail écrits.

Après refus ou échec de la conciliation un quart des plaintes sont envoyées en chambre disciplinaire régionale de l'ordre des médecins. La non transparence ne nous permet pas de connaître la ventilation des résultats. Mais même si des médecins acceptent des sanctions symboliques ou réelles, trente médecins se sont retrouvés en appel devant le conseil national en cinq ans, ce qui est loin d'être négligeable.

Les deux autres spécialités concernées par ces plaintes d'employeurs sont bien sûr *la médecine du travail et la psychiatrie*. C'est probablement aussi par centaines que se compte le nombre de cas sur la période. Les médecins du travail sont mis en cause presque toujours en raison d'écrits qui décrivent les liens santé travail, soit des maladies professionnelles soit des souffrances au travail par des risques psychosociaux. La faute déontologique invoquée par l'ordre porte sur la forme en analogie avec ses principes sur les certificats concernant les souffrances d'origine familiales et relationnelles, où il est demandé au médecin de ne jamais affirmer la cause de l'atteinte à la santé observée, tout au plus en l'évoquant au conditionnel en citant clairement le patient. Le plus étonnant est que des conseils départementaux portent la plainte au conseil régional, et de plus sans questionner la légitimité de l'écrit au fond. Pour la santé au travail, c'est évidemment un déni de l'investigation possible de l'étiologie par les médecins du travail, via la connaissance du milieu de travail ou par l'observation directe, ou par la convergence du recueil des informations par les consultations singulières de l'ensemble d'un collectif. C'est aussi en contradiction avec la mission même de la médecine du travail qui est d'établir la causalité des liens santé travail pour leur prévention et la préservation de la santé des salariés. Le comble est le maintien des griefs des conseils disci-

plinaires contre les médecins du travail, même quand ces écrits ne sont pas des certificats mais des lettres ou des extraits de dossier médical destinés aux médecins traitants et confiés par le salarié, et même quand ces écrits emploient plusieurs fois des conditionnels et des citations des salariés !

## Pourquoi ces plaintes des employeurs ?

Là est la question. Dans de nombreux cas, le salarié a saisi les prud'hommes (privé) ou le tribunal administratif (fonction publique) qui ont condamné l'employeur ou l'administration sur le fond, avec une carence de la défense de l'employeur pour invalider les causes alléguées. Donc certains employeurs cherchent à invalider le certificat médical sous prétexte de non déontologie. On commence même à voir des plaintes d'employeur en premier devant l'Ordre sous prétexte de non déontologie du médecin auteur de l'écrit qui met en cause l'environnement de travail dont il est responsable. Si le moindre avis (d'inaptitude), la préconisation d'aménagement de poste ou l'analyse d'un lien santé travail sont reçus par les conseils de l'ordre comme des suspicions de faute déontologique par complaisance, alors, les employeurs ont beau jeu de s'adresser à la juridiction qui ne se soucie pas de l'atteinte de la santé par le travail. On n'ose pas imaginer que la présence en défense de ces employeurs des mêmes avocats corresponde à une stratégie concertée d'organisations patronales.

L'effet dissuasif de ces procédures sur l'écriture d'observations des liens santé travail est désastreux sur de nombreux médecins et ceux du travail en particulier.

*Certes la déontologie est importante à faire respecter, mais le dispositif disciplinaire de l'ordre des médecins ne doit pas laisser se développer ce prétexte pour entraver le questionnement sur les atteintes humaines dues aux conditions de travail.*



# Les Commissions Médico Techniques

## La santé au travail deviendrait-elle hors-sujet ?

Par Jean-Michel Domergue

*La lecture du code du travail avalise la démedicalisation des services de santé au travail par la mise en minorité de la médecine du travail au sein de la CMT. C'est devenu une instance mathématiquement représentative des professionnels des Services de Santé au Travail Inter-entreprises (SSTI), aux métiers assez divers et où la santé au travail laisse la place indirectement à des prestations pouvant dériver vers le document unique pour l'entreprise.*

### La CMT, art D4622-28 à 30

La CMT élabore le projet pluriannuel du service de santé au travail et est en outre consultée sur :

La mise en œuvre des compétences pluridisciplinaires, l'équipement du service, l'organisation des actions en milieu de travail et du suivi de l'état de santé des travailleurs, l'organisation d'enquêtes et de campagne, modalités de participation à la veille sanitaire.

Elle est composée du président du SST (ou son représentant) et, à raison de un délégué pour huit professionnels, les médecins du travail, les IPRP, les infirmiers, les assistants ... et des professionnels recrutés après avis par les médecins du travail.

Elle se réunit au moins trois fois par an...établit son règlement intérieur...

L'élaboration du projet pluriannuel de service est une mission très importante, et on comprend bien que les propositions de l'équipe pluridisciplinaire de la CMT peuvent prioriser des objectifs et des orientations différentes de celles souhaitées par la présidence ou la direction du service. Les analyses scientifiques et les observations de l'état de santé des travailleurs du bassin d'emploi suivi par le service donnent une légitimité professionnelle aux priorités du projet pluri annuel de la CMT. Mais la prise en compte de ce travail par la direction du service, qui, elle, va négocier avec la CARSAT et la DIRECCTE le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen du service, peut être aléatoire voire contrée par le président ou la direction du service qui imposent leur point de vue. Les règles de débat de cette controverse n'existent guère, laissant le pouvoir au service de santé au travail, dont la gouvernance majoritaire est toujours patronale par sa représentation et sa présidence.

Dans des services de santé au travail inter entreprise, la CMT est encore ce lieu qui prépare, délibère et suggère l'orientation de l'organisation du service pour qu'il réponde à sa mission de préservation et de suivi de la santé des salariés. Certes des conflits d'intérêt corporatistes médicaux peuvent dénaturer l'animation des CMT. Mais de plus en plus souvent les médecins du travail, aspirés par une intensification de leur activité dans le cadre de la pénurie, abandonnent à la direction et aux autres collègues cette contribution majeure pour l'orientation et l'organisation de leur SSTI. La partition est évidemment écrite pour diminuer la portée médicale, mais l'orchestration par les directions des services organise sa mise en sourdine en favorisant d'autres acteurs qu'ils estiment plus compatibles, malgré leur insuffisante harmonie voire leur cacophonie, avec leur objectif de services assurantiels aux employeurs, méthodiquement recherchée par la présidence patronale des SSTI. La préservation ou la promotion de la santé des travailleurs n'est manifestement plus l'objet de l'organisation des services. De plus des directeurs ne se contentent plus d'assurer le fonctionnement des CMT, mais s'en octroient directement la présidence, ce qui n'en fait plus une entité de pensée et d'élaboration professionnelle collective de proposition, mais une instance d'enregistrement pour empêcher un contre pouvoir à leurs incompétences et leurs conflits d'intérêts.

Ces constats et ces possibles dérapages aux dépens de la Santé Publique appliquée au travail, démontrent deux points essentiels :

- d'une part La loi de 1901 sur les associations n'est pas du tout adaptée à la mission de service public de la médecine du travail.
- d'autre part la dépendance très étroite des médecins du travail par rapport au Patronat a toujours été un conflit d'intérêt évident pour tous.

Aussi, l'avenir de notre spécialité dépend de l'issue de la lutte permanente pour l'indépendance fondée sur des connaissances scientifiques éprou-

### Un exemple de dérapage

Dans une grande métropole, le président du SSTI a dissous la CMT purement et simplement, et démis son président médecin du travail pourtant élu conformément au règlement intérieur, et s'est auto proclamé à sa place après la réorganisation d'élections à la CMT largement boycottées par les professionnels de santé. Nous avons cru comprendre que le médecin du travail destitué de sa responsabilité à la CMT avait des exigences particulièrement contrariantes pour le service. Il exigeait par exemple un niveau universitaire pour le recrutement des Assistantes en Santé Travail (ASST) et une formation Santé Travail pour celui des infirmières. On aurait pu penser que la DIRECCTE allait mettre le service en demeure de revenir sur sa décision pour faire respecter au moins la loi et le règlement intérieur, mais que nenni, car cette antenne du ministère du travail préfère fermer les yeux sur la qualité demandée par l'ex-CMT pour promouvoir une pluridisciplinarité quelque soit la valeur professionnelle du service.

Plus qu'un dérapage c'est un délit qui relève du contentieux.

vées et sur des valeurs de métier. De ce point de vue, la CMT est sans aucun doute le seul espace où ces valeurs peuvent être défendues et portées. Le projet du SNPST a le mérite de proposer une solution basée sur nos contre-expériences depuis la loi de 1946. Dans ce projet en effet, le rattachement de notre spécialité aux autres spécialités médicales et donc au Ministère de la Santé, est clairement mis en avant. Le Ministère du travail n'a pas vocation ni les compétences requises dans ces domaines. Pourtant, ce Ministère est le seul à définir notre organisation et ainsi participer au musellement de notre spécialité médicale.

Lecture...Lecture...Lecture...Lecture...Lecture...Lecture...Lecture...Lecture...Lecture

## HesaMag

« voir p5 interview de son rédacteur en chef »

Le dernier numéro de *HesaMag*, le périodique de l'ETUI (European Trade Union Institute ou Institut des syndicats Européens) consacré à la sécurité et à la santé au travail, traite de l'impact des nouvelles technologies sur les conditions de travail et la santé et la sécurité des travailleurs tant dans les secteurs industriels que dans les professions intellectuelles.

<https://www.etui.org/fr/Publications2/Periodiques/HesaMag>



# Parcours de DPC en Santé au Travail

Par Gérard Lucas

## Le CNPMT

Le Conseil National Professionnel de Médecine du Travail (CNPMT) est désormais l'institution qui représente la médecine du travail près de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). Il s'est remis en ordre de marche en 2017 en raison des missions données aux Conseils Nationaux Professionnels de spécialité par la loi de modernisation de la santé de 2016 et les décrets d'application du DPC, à savoir définir les orientations prioritaires triennale, élaboration du parcours de DPC pour la profession, contribuer à la mise en place du document de traçabilité.

Les principes de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM) qui regroupe la quarantaine des spécialités ont conditionné la création du CNPMT. Cinq collèges de personnes morales le composent pour représenter l'ensemble de la profession : les sociétés et instituts régionaux de médecine du travail, les sociétés savantes d'envergure nationale, le collège des enseignants, les syndicats représentatifs de la profession, et les différentes branches de pratiques.

Détail sur la page web par « CNPMT » sur les moteurs de recherche.

C'est en septembre 2017 que le CNPMT a diffusé le Parcours de DPC pour les médecins du travail. Ses motivations déclinées en avant propos insistent sur le souci de promouvoir la pertinence et l'efficacité des pratiques en médecine du travail. L'évolution des connaissances scientifiques, des pratiques, des contraintes réglementaires et organisationnelles en Santé Travail imposent un investissement significatif constant dans le DPC des médecins du travail. Le DPC ne doit pas être une activité annexe, trop ponctuelle ou aléatoire. La recommandation du CNPMT implique donc de la part des médecins du travail un engagement significatif, dans la durée, dans les méthodes et dans l'indépendance.

Les trois modalités prônées par la HAS s'imposent : l'acquisition et la mise à jour des connaissances liées à la spécialité (FMC), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), et le suivi des améliorations des pratiques.

Et pour le CNPMT, ce n'est pas l'une ou l'autre, mais bien les trois qu'il faut associer et intégrer dans son Parcours.

Les quatre orientations prioritaires définies par le CNPMT pour la période 2015-2018 ont été validées par arrêté du ministère de la santé.

Le Conseil tient à défendre cette déclinaison d'orientations parfois critiquée comme trop succincte. Ces quatre thématiques ne sont pas à considérer comme une liste de sujets de DPC en soi, mais comme des thèmes transversaux auxquels doivent se rattacher les actions de DPC. De plus ces quatre orientations sont à envisager à l'aune des missions de la médecine du travail, notamment celle de préserver et/ou promouvoir la santé des travailleurs du fait et à l'occasion de leur travail.

**1. Risques psychosociaux en santé au travail :** cela recouvre l'identification des atteintes à la santé des travailleurs (diagnostic), la compréhension de leur lien avec le travail notamment au sujet des risques organisationnels et des conditions de travail, et l'accompagnement des travailleurs, leurs collectifs et leurs entreprises pour aider à corriger des conditions de travail pathogènes et à promouvoir des organisations de travail préservant la santé.

**2. La traçabilité des expositions professionnelles** n'a pas pour objectif de se substituer aux responsabilités des employeurs ou des branches en matière de document unique. Mais en assurant le repérage des expositions professionnelles pathogènes pour tous les travailleurs, les reconnaissances étiologiques sont des repères pour les préventions individuelles et collectives.

**3. Maintien dans l'emploi.** De nombreuses et diverses pathologies sont responsables de désinsertion professionnelle. Une bonne investigation des capacités restantes et la recherche des conditions de travail adaptées sont des atouts pour permettre aux salariés de rester ou revenir dans l'emploi, en partenariat avec tous les acteurs concernés.

**4. Cancers professionnels.** Dans un objectif de prévention primaire, la médecine du travail doit aider les salariés et leurs employeurs à identifier les expositions à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), d'en favoriser la prévention par leur substitution ou la mise en oeuvre d'une protection collective et/ou individuelle efficace. Elle doit également faciliter les dépistages précoces d'éventuelles pathologies induites par ces expositions, contribuer à la reconnaissance des cancers professionnels, et contribuer à la veille sanitaire voire à l'alerte si besoin. Cette thématique est un exemple de la place de la médecine du travail dans les effets différés du travail sur la santé.

À partir de l'intégration d'une ou plusieurs de ces quatre orientations, des thèmes concrets peuvent être déclinés en DPC de santé au travail. Ainsi, les Troubles Musculosquelettiques (TMS), qui n'apparaissent pas en tant que tels alors qu'ils sont la première cause de maladies professionnelles indemnisées, sont évidemment ciblés par la traçabilité des expositions et le maintien dans l'emploi. De même des pathologies cardiovasculaires ou respiratoires

Pour associer la mise à jour des connaissances, l'évaluation des pratiques et le suivi des améliorations des pratiques, un minimum de 10 demi-journées annuelles est recommandé avec :

- au moins 4 demi-journées annuelles d'acquisition et de mise à jour des connaissances
- au moins 4 demi-journées d'analyse des pratiques professionnelles
- et au moins 2 demi-journées de suivi des améliorations des pratiques

(ce qui fait une moyenne de 5 jours par an, au minimum, pour un temps plein)

L'acquisition ou mise à jour des connaissances relève de formations présentielles (conférences congrès, cours...), ou d'auto-formations à domicile mais qui doivent alors être validées par des tests de lectures papiers ou électroniques avec des interactivités traçables et certifiées.

Le CNPMT tient à valoriser les congrès et événements organisés par les sociétés savantes régionales ou nationales et instituts de médecine et de santé au travail qui sont le plus souvent un apport de qualité à l'acquisition des connaissances.

Aussi, tout en encourageant les structures qui ne l'ont pas encore fait à demander leur agrément près de l'ANDPC, il estime que, dans une période transitoire, leurs journées doivent être prises en compte comme DPC.

L'analyse des pratiques peut être acquise par des séances présentielles de groupes d'évaluation des pratiques entre pairs ou interdisciplinaires, des staffs, des confrontations de suivis cliniques, et autres méthodes déclinées par la HAS. L'accompagnement par des organismes enregistrés est encouragé.

Le suivi de l'amélioration des pratiques est un enjeu fort dans un contexte de pénurie de praticiens, et les outils proposés par la HAS, relevant des pairs ou des institutions, restent à affiner pour la santé au travail.

La prise en charge du DPC pour les médecins salariés est intégrée au dispositif de Formation Professionnelle Continue (FPC) tout au long de la vie relevant du code du travail, articles L6111-1 et suivants.

Le forfait minimal de FPC correspondrait à moins de deux jours par an et par salarié. Le CNPMT rappelle que les limites temporelles de FPC dans un service ne sauraient être opposées à la réalisation recommandée du DPC puisque ce dernier est une obligation particulière à la profession qui ne se confond pas avec les objectifs de la FPC. Le CNPMT rappelle donc aux professionnels de médecine du travail qu'ils doivent tenir leurs engagements de DPC en obtenant de leur entreprise les moyens pour cela.

Il convient enfin de rappeler que les démarches d'accréditation menées dans des établissements hospitaliers, dans des services autonomes ou même envisagées dans des services interentreprises ne doivent pas faire obstacle aux parcours individuels de DPC, tant dans les thématiques retenues que dans leurs déroulements.

Pour les Infirmier.e.s en Santé au travail, il est indispensable qu'une entité du CNP des infirmier.e.s puisse concerter avec le CNPMT des convergences.

Un document de traçabilité serait en cours de finalisation par l'ANDPC. Son adéquation avec la santé au travail sera à vérifier, car ce sera un outil essentiel pour les attestations triennales qui devront être visées par le conseil de l'Ordre des Médecins, et dont on entend dire qu'elles seraient un support de prolongation de certifications.



# Denis Gregoire (European Trade Union Institute, ETUI)

*HesaMag n°16 voir cadre p3.*

**JST - Les troubles musculosquelettiques représentent 75 % des maladies professionnelles reconnues avec sous reconnaissance importante. Et en Europe ?**

L'Institut syndical européen mène depuis la fin des années 1990 un travail de recherche et d'information sur les troubles musculosquelettiques. Ce travail est appuyé et relayé par la Confédération européenne des syndicats, qui depuis le début des années 2000 réclame à la Commission qu'elle prenne enfin ses responsabilités pour endiguer le problème de santé en lien avec le travail le plus répandu en Europe.

Les conséquences sociales et économiques de cette véritable « pandémie » éclatent aujourd'hui au grand jour. Des millions de travailleurs ne sont plus capables de remplir certaines tâches ou doivent même abandonner prématurément toute activité professionnelle. Dans certains secteurs, il est pratiquement impossible d'envisager une carrière complète. Des travailleurs de moins de cinquante ans ne sont physiquement plus aptes à poursuivre leur carrière à cause des douleurs qui les assaillent.

Le cadre législatif mis en place au niveau européen pour prévenir ce type de risque est insuffisant et n'a pas suivi les évolutions technologiques de ces deux dernières décennies. Le mouvement syndical européen réclame l'adoption d'une directive globale sur les TMS qui prenne en compte l'impact de l'organisation du travail et des facteurs psychosociaux.

Un projet de directive a été présenté début 2010 aux partenaires sociaux européens, mais face à la fronde des organisations patronales, la Commission a renoncé.

Après une interminable éclipse au cours des deux présidences du Portugais Barroso, la perspective d'un déblocage se confirme depuis 2014 avec la présidence Juncker, mais sans espérance de directive pour les TMS d'ici à 2019.

**JST - Quels échos avez-vous de la mise en application de Reach, de son efficacité et de perspectives de diminution des risques chimiques ?**

Nous avons dû véritablement batailler, avec des moyens humains relativement modestes, pour que cette législation voie le jour. Au début des années 2000, nous avons affronté le patronat, farouchement opposé à la réforme, mais également convaincre l'ensemble du mouvement syndical, dont certaines composantes étaient très perméables à la stratégie patronale du chantage à l'emploi.

L'industrie chimique annonçait alors des pertes d'emplois par dizaines de milliers en Europe. Douze années après l'adoption de ce règlement, force est de constater que l'industrie chimique européenne est florissante. REACH a exercé un rôle d'aiguillon, forçant la chimie européenne à commencer à substituer les substances les plus problématiques par des alternatives moins nocives pour la santé des citoyens européens et pour l'environnement. Il s'agit d'un processus à long terme et le marché européen ne sera pas débarrassé des produits chimiques les plus problématiques (cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction) avant plusieurs années, mais il est indéniable que REACH a impulsé une dynamique.

Aujourd'hui, la population n'est plus prête à accepter d'être exposée à des substances nocives pour la santé, comme en témoignent les mobilisations contre le glyphosate ou le bisphénol A.

Est-ce à dire que REACH a permis de rendre les lieux de travail plus sûrs ? Peut-être dans les grandes entreprises, mais j'ai des doutes dans les petites et très petites entreprises. L'adoption

d'une législation, qui est toujours le fruit d'un compromis et donc imparfaite, représente une première étape, un « instrument de progrès » dont les bénéfices concrets sur les lieux de travail sont limités si les travailleurs et leurs organisations représentatives ne se les approprient pas.

Dans le cadre de la réalisation d'articles pour *HesaMag*, je suis amené à rencontrer des travailleurs, souvent des membres de CHSCT. Je suis souvent interpellé par le fait qu'ils accordent relativement peu d'attention aux risques chimiques, y compris dans des secteurs où ces risques sont très présents comme ceux de la construction, de la métallurgie ou du textile.



Denis Gregoire

Études d'histoire et de journalisme Travail pour le mouvement pacifiste belge, puis pour Amnesty International Belgique. Agence de presse belge Belga. Depuis 2005, journaliste à l'Institut syndical européen, notamment pour *HesaMag*, et une lettre électronique, *Hesamail*.

**JST - les décompensations psychiques et mentales liées aux organisations du travail apparaissent de plus en plus dans notre pays. Est-ce la même visibilité à travers d'autres pays d'Europe ?**

La place occupée par la France dans la recherche internationale sur les risques psychosociaux a sans doute contribué à la mise en visibilité et à la médiatisation de ces questions de manière plus précoce dans votre pays qu'ailleurs en Europe, mais les enquêtes européennes montrent qu'aucun pays n'est épargné.

Les chercheurs de l'ETUI ont conseillé la CES tout au long des processus de négociation qui ont abouti à la signature avec les organisations européennes d'employeurs de deux accords-cadres, le premier visant à lutter contre le stress au travail (2004), le second contre le harcèlement et la violence au travail (2007).

Mais ces accords ne s'appliquent aujourd'hui qu'à un nombre restreint de travailleurs. Dans de nombreux pays, aucun accord contraignant n'a pas été adopté. Même dans les pays où il existe un accord, il ne définit souvent qu'un cadre général et les travailleurs couverts par des accords plus précis et plus efficaces restent l'exception. Depuis l'adoption de ces accords, les choses évoluent peu.

Ces dernières années, on assiste même à une sorte de redéfinition des termes du débat, dans un sens plutôt défavorable aux intérêts des travailleurs. Comme l'explique une collègue dans un article récent de *HesaMag*<sup>1</sup>, le concept même de « risques psychosociaux » semble progressivement abandonné par la Commission européenne au profit de

celui de « santé mentale ». Ce qui a évidemment pour effet d'obérer l'impact de l'organisation du travail sur des phénomènes tels que le surmenage professionnel, le stress, le harcèlement au travail, etc. au profit d'une approche « psychologisante », davantage centrée sur l'individu.

**JST - Les techniques numériques envahissent les processus de travail. Quel en est le regard de l'Europe ?**

Le phénomène est mondial et l'Union européenne ne pourra évidemment pas à elle seule apporter des réponses aux conséquences sociales de la digitalisation de l'économie. Si l'on se fie au nombre de rapports, d'études, d'événements consacrés par les institutions européennes à ce sujet, il est indéniable qu'il s'agit d'un sujet de préoccupation majeur pour les décideurs européens.

L'ETUI et la CES a également multiplié ces dernières années les activités autour de ce sujet. *HesaMag* vient d'ailleurs d'y consacrer un dossier dans son dernier numéro.

Diaboliser la digitalisation de l'économie ne sert à rien, et ne se justifie d'ailleurs pas nécessairement.

De mon point de vue, le problème vient moins des technologies en tant que telles – peut-on imaginer qu'elles s'arrêtent à la porte de nos usines, de nos bureaux quand elles ont déjà envahi nos salons ? – que du contexte dans lequel elles se déploient.

Dans un environnement marqué par la dérégulation, l'introduction sur les lieux de travail de ces nouvelles technologies peut avoir des effets dévastateurs pour les salariés, notamment en termes de contrôle de leur travail, de mise en concurrence des uns avec les autres, d'atomisation du travail, etc.

Les fameuses plateformes numériques sont occupées à expérimenter des tas de choses. Comme les taximen Uber avant eux, les livreurs à vélo sont en train d'en faire l'amère expérience : les plateformes renvoient à la baisse leur système de rémunération, mettent en concurrence leurs « partenaires », se séparent des éléments jugés les « moins performants », etc.

**JST - plus globalement Pourriez-vous citer un apport essentiel de l'Europe aux conditions de travail et éventuellement une attente ?**

La législation communautaire en matière de santé et sécurité au travail, dont la pierre angulaire est la directive-cadre de 1989, constitue un socle solide qui a permis d'inscrire les législations de tous les pays membres dans une logique de prévention des risques du travail plutôt que de réparation.

Dans le champ social, ces législations représentent indéniablement un apport majeur du projet européen. Un acquis qui nécessite une mise à jour – en cours en ce qui concerne la directive sur les substances cancérigènes et mutagènes – et un nouvel élan pour répondre aux défis posés par les TMS et les RPS déjà évoqués, mais également aux risques émergents liés aux nouvelles technologies, dont les nanomatériaux.

Cet « acquis communautaire » reconnaît par ailleurs le rôle décisif joué par les travailleurs et leurs représentants dans la prévention des risques du travail, un domaine qui a longtemps était considéré comme l'apanage des employeurs. L'hostilité des responsables politiques les plus libéraux, tant au niveau national qu'euro-péen, vis-à-vis des initiatives qui s'inspirent de la directive-cadre de 1989 témoigne de la pertinence de la législation européenne en santé et sécurité.

<sup>1</sup> / Scandella, F., *Europe : vers une éclipse des "risques psychosociaux" au travail ?*, *HesaMag*, 2017, n°16, p.6-9.

# Une mission pour la qualité de vie au travail. Attendre quoi ?

Par Luc Gerson

*C'est sur proposition des deux ministres de la santé et du travail que le premier ministre Edouard Philippe missionne une députée et deux personnalités pour « évaluer la performance de notre système de prévention des risques professionnels », et pour « améliorer l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système ... au bénéfice d'une part des travailleurs, ... d'autre part des entreprises... ».*

Ne boudons pas l'association de la ministre de la Santé Agnès Buzyn à cette démarche, car depuis longtemps le tutorat du ministère du travail sur les services de santé au travail ne laissait pas de place à l'analyse ni à orientations de la politique de la santé sur son interaction avec le travail. Nous avons eu aussi l'agréable surprise en début d'année de constater l'insertion d'un volet enfin un peu significatif sur la santé au travail dans la Stratégie Nationale de Santé pour 2018-2020. Certes une seule page, la 22, mais c'est bien mieux que la première version qui deux mois plutôt renvoyait, en un paragraphe de six lignes, la santé au travail à une incitation à négociation entre les Agences Régionales de Santé et les Comités régionaux de prévention des risques professionnels ! Oui, le travail est le premier facteur discriminant de l'espérance de vie en années populationnelles. Oui, la santé au travail est une responsabilité du ministère de la santé pour mobiliser de façon significative le système de santé pour cette cause humaine qui ne doit pas être laissée aux seules entreprises.

La *qualité de vie au travail* est le terme à la mode le plus utilisé dans cette lettre de mission, suivi de près par son prédécesseur la *prévention des risques professionnels*. Ne boudons pas non plus ces nobles concepts, mais il est prudent de rappeler que leur caractère englobant généraliste a

été plutôt une source d'amalgames pour les services de santé au travail (SST) qui sont devenus à l'occasion des trois dernières réformes des quinze dernières années des services de prestations, alibi assurantiel pour les conditions de travail des entreprises. En effet, l'efficience des SST dans l'identification des liens santé travail, est plus limitée que favorisée par les réglementations et les gouvernances, et malgré une prise de conscience et un investissement croissants des professionnels médecins et infirmiers du travail, ces derniers ont de moins en moins de moyen et de temps pour être ressources référentes significatives pour les spécialistes et généralistes du système de santé.

L'évocation des réformes successives des services de santé au travail laisse entendre qu'elles étaient insuffisantes et que le « contexte de la désaffection préoccupante de la médecine du travail » continue quelque soit l'approche pluridisciplinaire... Tiens ! Le SNPST n'a-t-il pas répété que ces trois dernières réformes n'étaient que des adaptations quantitatives et substitutives à la médecine du travail, mais pas des réformes qualitatives susceptibles de répondre à la prise en compte de la santé au travail pour l'amélioration des conditions de travail. Le SNPST qui, avec peu d'autres, avait dénoncé le rôle néfaste des avis d'aptitude sur la prévention, avait alerté sur la pénurie annoncée des médecins du travail depuis vingt ans, avait

promu la coopération avec des infirmiers en santé au travail, sera-t-il enfin écouté par les trois missionnés ?

La députée Charlotte Lecoq avait une activité de conseil aux entreprises avant d'être élue parlementaire.

Bruno Dupuis est consultant pour les entreprises et a été de plus entre 2007 et 2012 dans les cabinets ministériels de Hortefeux et Bertrand pour les conditions de travail.

Henri Forest est un ex médecin du travail qui depuis plus de dix ans est un membre conseil du syndicat CFDT, à distance des réflexions des acteurs directs de la santé au travail.

Quel place vont-ils faire dans leurs auditions et leurs analyses à la santé des travailleurs ?

*Nous espérons qu'ils sauront reconsidérer une pluridisciplinarité confuse et stérile des SST pour rebouter l'identification et l'accompagnement de la santé au travail par les professionnels de santé au travail, mieux développer des interdisciplinarités dynamiques avec les autres acteurs de l'observation du travail, et favoriser les compréhensions éclairantes pour les entreprises et leurs partenaires sociaux.*

## Infirmier de pratique avancée en France Position de l'Ordre Infirmier

Par Véronique Bacle

En date du 6 Avril 2017, le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers a adopté une position sur les « pratiques avancées » ([www.ordre-infirmiers.fr](http://www.ordre-infirmiers.fr)), notion bien connue dans les pays anglo-saxons.

La loi du 26 Janvier 2016 (N° 2016-41) a réformé notre système de santé, et a proposé dans sa mesure 11 « d'élargir les compétences de certaines professions de santé », et notamment de créer un métier d'infirmier clinicien, en s'appuyant sur les exemples des pratiques avancées.

Ainsi, le Conseil de l'Ordre soutient la création d'un nouveau professionnel de santé, l'Infirmier en Pratique avancée (IPA). Cette proposition n'a pas été retenue par le législateur.

Et pourtant... Comment ne pas faire le parallèle entre cette position et ce que nous vivons, en tant que professionnels de santé au travail, sur le terrain, quotidiennement... Le SNPST a toujours défendu une formation universitaire de niveau

Master 2 pour les infirmiers de santé au travail, gage de compétence et de confiance entre médecins et infirmiers.

En 2008, le Conseil International des Infirmiers a donné sa définition de l'IPA : « L'Infirmier qui exerce en pratique avancée est un infirmier Diplômé d'Etat qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier sera autorisé à exercer. »

Le COI indique que le développement de la pratique avancée pour les Infirmiers trouve un premier débouché dans le cadre des pathologies chroniques, dans la gériatrie, mais que les autres possibilités sont notamment la santé au travail ou la psychiatrie.

Et il conclut : « L'IPA est un nouveau métier d'infirmier ayant suivi une formation universitaire Master 2, dans la filière LMD en Sciences Infirmières. Son champ d'exercice est généraliste, ce n'est pas une nouvelle spécialité. Elle répond aux besoins de santé de la population... »

Répondre aux besoins de la population en santé au travail, voilà bien notre mission, le leitmotiv du SNPST. En lien avec notre projet, que vous trouverez sur notre site internet, nous travaillons à nos propres recommandations sur la formation des professionnels de santé au travail.

Nous vous ferons part des différentes démarches effectuées à ce sujet dans le prochain JST. N'hésitez pas à nous faire part de vos propositions, réflexions, remarques, ou rejoignez-nous en région !



# Coopération médecin infirmier en santé au travail

Propos recueillis par J Milliez

*La coopération entre médecins et infirmiers a commencé dès 2007 au CIHL service de santé au travail d'Orléans, avec des praticiens motivés pour pallier à la pénurie particulièrement précoce et importante dans leur région. Une expérience de dix ans permet aux deux métiers de poursuivre leur dynamisme.*

## A D'Hour, médecin du travail

Je suis en accord avec notre façon de travailler.

### Tutorat et confiance

Notre coopération entre professionnels de santé se construit en travaillant ensemble avec une confiance réciproque. Le projet infirmier s'est mis en place en étant basé sur l'apprentissage par le tutorat. Lors de l'arrivée d'une infirmière celle-ci va commencer par assister aux consultations avec le médecin, ce qui permet aux deux professionnels, à la suite des consultations de pouvoir échanger et de confronter leur point de vue. Petit à petit le médecin laissera la possibilité à l'infirmière de poser elle-même des questions au salarié puis de réaliser un entretien infirmier complet en présence du médecin tuteur, puis seule. Nous nous sommes efforcés à ce que l'infirmière reste avec le médecin tuteur.

**Formation.** Parallèlement l'infirmière entre en formation et le médecin continue à l'accompagner pour les travaux d'application et le mémoire. Tous ces échanges permettent la mise en place de la confiance.

## A Authier, infirmière

### Confiance et communication

Je suis à l'aise et en confiance avec le médecin et son travail auprès des salariés et des entreprises. Malgré une charge de travail importante, la communication est fluide. Les nombreuses missions confiées à l'infirmière rendent le travail riche et intéressant. L'infirmière a la possibilité de voir la finalité de ses actions.

### Compréhension

Le médecin avec qui je travaille comprend le rôle et les missions de l'infirmière. Il me confie beaucoup de missions dans le cadre de ses compétences et conserve du suivi médical. Cela permet un travail en étroite collaboration et complémentarité. Le suivi individuel des salariés et le suivi des entreprises augmentent ainsi en qualité.

### Mais effectif de salariés trop important

L'effectif du médecin avoisine actuellement 7000 salariés en équivalent temps pleins. Une légère diminution des effectifs pourrait permettre de continuer à s'investir pleinement dans les missions annexes : encadrement et soutien/formation des nouvelles équipes, participation aux enquêtes épidémiologiques de façon plus approfondie : EVREST, semaines MCP, etc.,

Je pense que nous accédons à une lecture satisfaisante du lien santé travail, par les échanges réguliers au sein du binôme médecin/infirmière qui permet de savoir les attentes du médecin et d'échanger également sur les problématiques collectives.

### Autour du dossier médical commun

Notre équipe fonctionne en « hexanome » : un

**Soutien entre collègues.** D'autre part, au CIHL, les médecins qui s'engagent à tutorer une infirmière sont aidés par leurs collègues. Il existe aussi un médecin « responsable du dispositif infirmier » qui répond dans la mesure du possible à leurs interrogations sur ce tutorat. Nous avons aussi mis en place des réunions où une infirmière avec le médecin référent du dispositif explique les rôles infirmiers (propres et prescrits)

Enfin les staffs sont obligatoires et réguliers.

L'amélioration la plus attendue, il me semble actuellement est une diminution de la charge de travail des médecins compte tenu des effectifs suivis (plus de 5000 salariés pour un médecin avec une infirmière et plus de 7000 pour un médecin avec 2 infirmières). Cette charge ne permet pas toujours au médecin une disponibilité nécessaire dans le binôme...

En revanche nous avons une lecture tout à fait satisfaisante des liens santé travail.

### Dossier médical commun

Depuis le début, le dossier médical commun, papier et informatique, est un élément clé de l'organisation.

médecin, deux infirmières et trois secrétaires. Chaque secrétaire travaille de façon privilégiée avec soit le médecin, soit l'une des deux infirmières. Chaque infirmière suit un secteur de salariés. Les dossiers papiers des salariés sont situés dans les bureaux des secrétaires des infirmières. Chaque membre de l'équipe travaille sur le même logiciel médical dans lequel les médecins et les infirmières ont les mêmes accès.

En dehors du logiciel, les fichiers Word et Excel peuvent être enregistrés dans un dossier. Nous avons la possibilité d'avoir en dossier « partagé » des fichiers regardables et modifiables par tous les membres de l'équipe. Cela permet, par exemple, de partager le fichier indiquant la présence du médecin et/ou des infirmières aux différents CHSCT. Les infirmières peuvent mettre des fichiers Word, par exemple rapport d'observation de poste par l'IDEST en attente de validation du médecin.

### Délégations

Les courriers « généraux » des entreprises (demande de mise à jour de Fiche d'Entreprise, participation au CHSCT, etc.) sont en priorités lus par l'infirmière qui met en relief les points concernant le service ou pouvant intéresser le médecin. Les rapports des IPRP sont lus par l'infirmière et le médecin. Les commentaires mis en commun sont alors envoyés aux IPRP. Les infirmières échangent régulièrement avec les IPRP de l'avancée des Actions en Milieu de Travail (AMT). Elles en font le retour au médecin.

### Staffs

Un staff est organisé avec chacune des infirmières à une périodicité de une demi-journée tous les 15 jours en alternance avec sa collègue. Le médecin a donc une demi-journée de staff par semaine. Les staffs permettent de parler des dossiers individuels des salariés vus par l'infirmière nécessitant une transmission au médecin du travail. Le

### Délégations

Les infirmières santé au travail ont de plus en plus de délégations aussi pour les relations avec les partenaires du SST et les entreprises. Actuellement les demandes d'interventions par les pluridisciplinaires du service sont souvent déclenchées par les infirmières sous la responsabilité du médecin et discutées lors des staffs.

Les infirmières participent aussi aux CHSCT avec ou sans le médecin. Quand elles y assistent seules, le médecin doit veiller à ce qu'elles ne soient pas mises en difficulté (choix des CHSCT).

Parallèlement nous maintenons des échanges avec nos pairs de façon formelle (groupes d'analyse de pratiques) et informelle (téléphone, mails...).

Nous avons accompagné la mise en place des Visites d'Information et de Prévention (VIP) par une convention avec la DIRECCTE depuis 2016, qui autorise les infirmiers à recevoir les salariés en embauche. Le protocole est établi par équipe en fonction du poste, de l'entreprise, d'une RQTH éventuelle, des problématiques de certaines entreprises. Ça n'a pas changé beaucoup notre mode de fonctionnement.

médecin staffe également certains dossiers à l'infirmière, pour l'informer de la suite d'une orientation au médecin du travail, ou pour lui présenter un dossier de salarié que le médecin souhaite orienter de façon rapprochée en entretien infirmier. Il est aussi question de faire le point sur l'avancée des diverses Actions en Milieu de Travail (AMT), mises en œuvre par le médecin, l'infirmière ou les différents IPRP. Le staff permet également de pouvoir échanger ensemble avec un tiers (par exemple : échange avec la statisticienne sur une présentation des chiffres EVREST, échange avec le SAMETH, etc.).

### Entre pair.e.s aussi

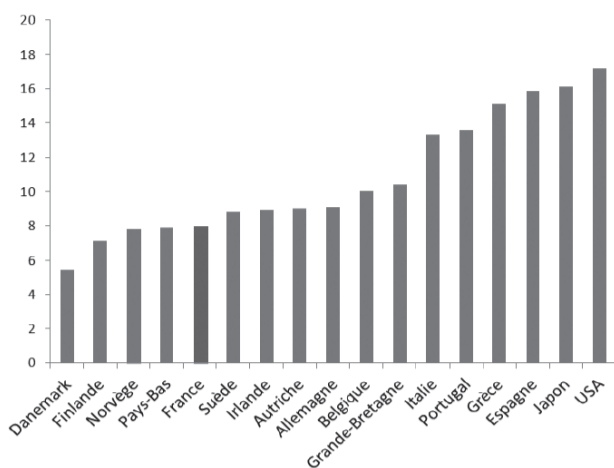
Des réunions sont organisées entre infirmières tous les 3 mois. Les infirmières (24 au total dans le service) choisissent chaque année 4 d'entre elles pour une durée d'un an. Nommé « groupe organisationnel », ces infirmières auront pour mission de préparer les ordres du jour et les comptes-rendus des réunions. Celles-ci pourront avoir pour objet des échanges de pratiques ou des rencontres avec certains intervenants extérieurs au service (par exemple : rencontre avec les infirmières du Comité de Lutte Anti Tuberculose (CLAT) afin d'optimiser les échanges avec le service de santé au travail lors des prises en charge de cas de tuberculose dans le cadre du travail).

Les infirmières du service ont un abonnement à un magazine professionnel infirmier qui leur permet de se documenter sur leur métier propre.

### Continuité et adaptation

La mise en place de la VIP n'a pas changé la prise en charge de l'infirmière. Il s'agit avant tout d'entretien infirmier. Néanmoins l'augmentation des VIP initiales de façon importante par vacation a fait diminuer le nombre d'entretien par vacation. Les VIP initiales pouvant parfois demander plus de temps.

Taux de pauvreté à 50 % en 2013 (source OCDE)



- La condition salariale de la grande entreprise : mutuelle, formation, avantages...
- Le capital social : les relations, le réseau...
- Le patrimoine...

En général, on remarque que ce sont les élites stables qui revendiquent la flexibilité pour les autres, créant ainsi de l'insécurité sociale, qui détruit la cohésion sociale...

### La France des bas revenus décroche

Sur 10 ans, du point de vue des revenus, trois « France » se distinguent :

- Les 20% les plus aisés continuent à s'enrichir,
- Les classes moyennes ne sont pas « étranglées » mais leurs revenus stagnent, ce qui constitue une rupture pour des catégories au cœur d'une société où l'on consomme toujours plus. Pour cela, il faut gagner davantage, et ce n'est pas leur cas,
- Enfin, parmi les 30% au bas de la hiérarchie sociale, il y a variation et stagnation fortes... Entre 2008 et 2012, il est constaté une perte de 500 euros de revenus annuels. Pour les plus pauvres, le niveau de vie est en moyenne à 700 euros mensuels. Cette France qui décroche a un visage : c'est celle des employés et des ouvriers.

Une France qui ne veut pas voir sa fracture sociale

Cette société est profondément marquée par les inégalités entre milieux sociaux, comme le montre l'exemple du travail :

- En terme de pénibilité : 67% des ouvriers déplacent des charges lourdes contre 13% des cadres,

- 32% des ouvriers sont exposés à des nuisances sonores contre 6% des cadres,
- Les victimes de maladies professionnelles sont à 73% des ouvriers, contre 2% des cadres,
- Les victimes d'accidents du travail sont à 63% des ouvriers contre 2% des cadres.

Les inégalités femmes /hommes persistent, les jeunes subissent la crise (chômage et hausse du coût du logement), les discriminations à l'accès au travail des étrangers et immigrés continuent.

En conclusion, la crise ne touche pas tout-le-monde, mais les milieux populaires...

### La santé serait-elle la variable d'ajustement de la précarité ?

« La précarité de l'emploi oblige les salariés à opérer des arbitrages entre travail et santé, rarement favorables à cette dernière. Et si celle-ci est privilégiée, c'est souvent dans le cadre d'une sortie d'emploi... de quoi relativiser les vertus d'une flexibilité accrue... » nous interpelle Valentine Hélardot, dans la revue Santé et Travail d'Octobre 2017. Et elle conclut : « jusqu'où nos sociétés pourront et voudront-elles accepter que les classes d'âge jeunes soient déjà usées par le travail, que l'espérance de vie en bonne santé soit en recul dans certaines catégories sociales ou qu'une partie non négligeable de la population soit invalidée à la fois sur le plan social et sur celui de la santé ? »

Ces questions, nous y sommes confrontés tous les jours en tant que professionnels de santé. Alors, que faire ?

Quelques pistes de réflexion...

- Inscrire comme facteur de risque professionnel supplémentaire l'exposition de nombreux travailleurs à l'instabilité et l'insécurité qui créent des situations de précarité au travail,
- Alerter, voire déclarer en maladie d'origine professionnelle, sur la surexposition aux risques,
- S'attacher à mieux tracer les curriculum labors,
- Faire remonter les indicateurs, tels que : dépression, souffrance, addictions, moindre recours aux soins, présentéisme...

Notre action, en tant que professionnels de santé au travail, est essentielle en terme d'alerte, avec les CHSCT, mais à l'heure de leur remise en cause, notre inquiétude est grande...

## Quelques références

**DARES** : Analyses 2015/092- « Insécurité de l'emploi et exercice des droits dans le travail »

**GOLLAC-VOLKOFF** : « Les conditions de travail » 2007- Editions La Découverte

**HELARDOT Valentine** : « Santé au Travail ? Les expériences sociales de la santé et de la précarisation du travail »- Thèse de Doctorat en Sociologie-2005

**LEROUGE Loïc** : « Les effets de la précarité du travail sur la santé : le droit du travail peut-il s'en saisir ? » PISTES, mis en ligne en Mai 2009

**LINHART Danièle** : « Travailler sans les autres » Seuil- 2009

**PAUGAM Serge** : « Le salarié de la précarité »- PUF 2007

**THEBAUD MONY Annie** : « Travailler peut nuire gravement à votre santé. Sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteinte à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels »- La Découverte 2007 (réédité en poche en 2008)

[www.officiel-prevention.com](http://www.officiel-prevention.com)  
« Précarité et risques professionnels »

## >> 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°65

FÉVRIER  
2018

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, Anne Authier, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Anne Christine D'Hour, Jean-Michel Domergue, Luc Gerson, Gérard Lucas, Melissa Menetrier, Joëlle Milliez, Isabelle Legras, Jacques Ravon

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

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



## Colloque E-pairs vendredi 4 mai 2018 FIAP 30 rue Cabanis - 75014 PARIS

Coopération infirmier - médecin du travail,  
de l'individuel au collectif  
par la clinique médicale du travail

2 exemples :

« la prise en charge des souffrances au travail (RPS) »  
et

« la contribution à la traçabilité des expositions »

Inscriptions : <http://www.e-pairs.org>