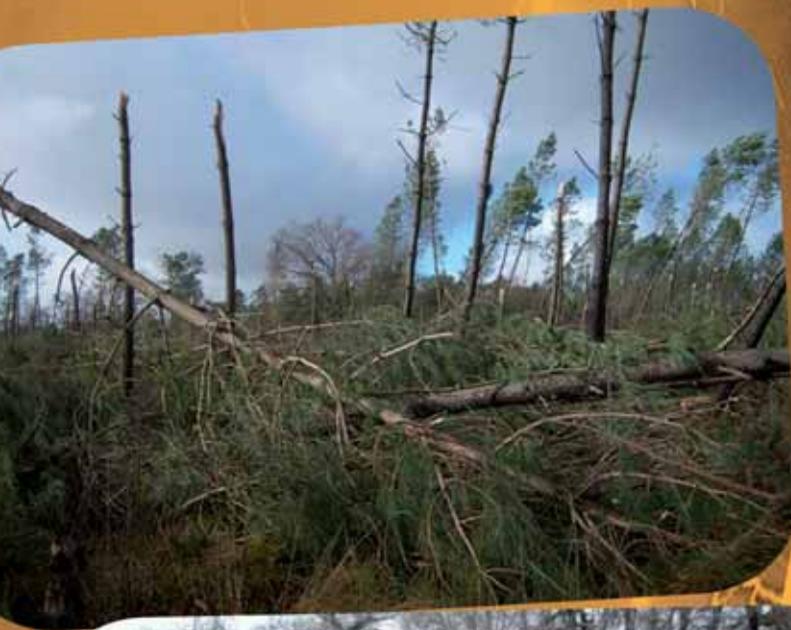


la **R**evue du **J**ournal des **P**rofessionnels de la **S**anté au **T**ravail



Nouvelles pratiques en santé au travail

Rédaction SNPST
12, impasse Mas
31000 Toulouse
Tél. : 05 61 99 20 77
Fax : 05 61 62 75 66
courrier@snpst.org
<http://snpst.org>
n° de la commission :
1011 S 05549

Directeur de la publication :
Gilles ARNAUD

Rédactrice en chef :
Françoise BLANC

Comité de rédaction :
Marie Christine LIMAME
Jean Claude GUIRAUD
Pierre JANSOU
Mireille CHEVALIER

Ont participé à ce dossier :

Gilles ARNAUD
Véronique BACLE
Fabienne BARDOT
Mireille CELLIER
Odile CHAPUIS
Jacqueline CHAUVIN
Elisabeth DELPUECH
Karyne DEVANTAY
Jean FONDEYRE
Sophie FOUCAULT
Yusuf GHANTY
Chantal LAFARGE
Jean Michel LAUZE
Marie-Christine LIMAME
Corinne MARTINAUD
Henri PEZERAT
Annie RESPAUD
Christian TORRES

Photos :
Christian GUIRAUD

Publicité :
SHUTAFEL
47 rue Cartier Bresson
93500 Pantin
Téléphone : 01 75 43 82 89
Télécopie : 01 72 70 31 48
shutafel.jst@hotmail.fr

SOMMAIRE

- 1/ Edito : Nouvelles pratiques ... Nouveaux espoirs ?? *Françoise BLANC* 5
- 2/ Equipes médicales coopératives : Projet du SNPST
Propositions pour des équipes médicales coopératives en santé au travail
dans les services interentreprises 6
- 3/ Equipes médicales coopératives : ORLEANS
Le point sur l'expérience infirmière au service de Santé au Travail d'Orléans.
Fabienne BARDOT.
Une réorientation réussie ? *Sophie FOUCAULT* 10
- 4/ Equipes médicales coopératives : ARIEGE
Deux infirmières et un médecin du travail. Le pari d'un nouveau mode de
fonctionnement *Jean FONDEYRE, Annie RESPAUD* 13
- 5/ Equipes médicales coopératives : POITIERS
Intégration d'une infirmière en prévention santé travail dans une équipe
coopérative médicale du travail. *Gilles ARNAUD* 19
- 6/ La coopération médecin infirmier dans le suivi santé travail,
ça peut marcher !! *Véronique BACLE* 24
- 7/ Pratiques innovantes des infirmières en santé travail : des pistes de
réflexion et d'action. *Marie Christine LIMAME* 25
- 8/ Itinéraires professionnels et atteintes à la santé. Intérêt de la clinique
médicale du travail *Christian TORRES* 26
- 9/ Les pratiques innovantes en médecine du travail : Témoignage du
collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse 29
- 10/ De l'individuel au collectif ... Prévention du risque chimique dans les
entreprises de peinture aéronautique *Collectif* 32
- 11/ Des collaborations enrichissantes, un peu d'utopie, beaucoup
d'enthousiasme : le CIST Midi Pyrénées *Corinne MARTINAUD* 33
- 12/ Repérer les clusters de maladies professionnelles *Henri PEZERAT* 35

NOUVELLES PRATIQUES... NOUVEAUX ESPOIRS ? ?

Exaspérés, découragés, démotivés, ... par cette interminable attente d'une réforme annoncée et nécessaire ??

Dans le contexte actuel, quel que soit le côté où l'on se tourne, le travail, la santé et la santé au travail ressemblent surtout aux forêts des Landes dévastées après la tempête ...

Comment garder l'espoir ? Seulement en regardant la nature et les arbres qui s'éveillent au printemps, porteurs de promesses ? Ou bien en regardant ce qui se passe, ici ou là, dans les services de santé au travail et au-delà...

C'est ce que nous vous proposons dans ce dossier...

Dans cette période de flou et d'incertitudes, les idées, les initiatives, les expérimentations fleurissent !

Depuis plus de 60 ans que la médecine du travail existe, maintenant transformée en santé au travail, jamais les possibilités d'inventer n'auront été aussi grandes !

Bien sûr, il faut prendre quelques risques : se confronter aux lourdeurs de nos organisations, accepter, entre autres, d'être à la limite du légal ... mais n'est-ce pas la seule façon d'avancer ?

En contre partie, combien de réflexions, de remises en cause, d'échanges, sur les métiers de la santé au travail !

Combien de dialogues engagés entre professionnels, avec les responsables d'entreprises et avec les salariés !

Combien de travaux collectifs !

Le temps du colloque singulier entre un médecin du travail et un salarié ou un responsable d'entreprise semble loin ...

Même si nous restons convaincus de l'importance de garder un contact régulier avec les salariés afin de préserver ce socle solide que représente la clinique du travail, le travail en équipe semble aujourd'hui incontournable...

Nous apprenons à travailler ensemble, que ce soit dans des équipes médicales coopératives, dans des équipes pluridisciplinaires, dans des collectifs ... Cette évolution est sans doute celle qui frappe le plus à la lecture de ce dossier !

Il est bien évident que les nouvelles pratiques en santé au travail ne se limitent pas à ce qui est évoqué ici : nous pourrions parler plus longuement de pluridisciplinarité, de travail en réseau, de veille sanitaire, etc...

Ce dossier étant en préparation depuis plusieurs mois, nous avons la chance et l'honneur de pouvoir vous présenter ce qui doit être l'une des dernières interventions de Henri Pezerat. Alors qu'il était déjà très fatigué, il a fait l'effort de nous parler des clusters, tant sa conviction était forte !

Henri Pezerat fut l'un des pionniers des luttes contre l'amiante et pour la santé au travail. Sa mémoire ne s'effacera pas, pour nous qui croyons encore à l'avenir de la santé au travail.

Françoise Blanc

PROPOSITIONS POUR DES ÉQUIPES MÉDICALES COOPÉRATIVES EN SANTÉ AU TRAVAIL DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES (AVRIL 2007)

Ce texte est le fruit d'un travail syndical de ces dernières années. Vous pouvez le trouver sur le site du syndicat. Nous le reproduisons ici parce qu'il a toute sa place dans ce dossier ; il sera intéressant de pouvoir comparer les propositions du SNPST et les modalités des différentes expériences qui sont relatées dans les autres articles de ce dossier. Ainsi le débat pourra se poursuivre et s'enrichir...

L'évolution de la réglementation relative à la prévention en santé au travail place comme prioritaires l'action en milieu de travail et le recueil de données en santé travail. Dans un objectif de pluridisciplinarité, les services de santé au travail mettent en place des compétences techniques et organisationnelles en plus des compétences médicales. Il est demandé aux médecins du travail de participer à la veille sanitaire en liaison avec l'INVS (Institut de Veille Sanitaire), l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail), les ministères de la santé et du travail.

Cette nouvelle organisation de la prévention en santé au travail nécessite que les médecins du travail réorientent leurs priorités en consacrant le temps nécessaire à ces nouvelles tâches. Ils doivent aussi apprendre à travailler en coopération avec les nouveaux acteurs IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) et en réseaux avec les institutions et leurs confrères.

Mais il ne peut y avoir d'action de santé au travail sans connaître la santé des sujets au travail.¹ De nombreuses publications et travaux montrent qu'en s'appuyant sur les consultations en santé au travail, des équipes médicales de prévention en santé au travail ont déve-

loppé des compétences originales dans le domaine de la clinique médicale du travail. Celle-ci, qui a pour objet l'analyse, d'un point de vue médical, des liens entre la santé et le travail, offre des perspectives sans égal pour la compréhension des processus de construction et de dégradation de la santé des travailleurs, et par conséquent pour la prévention. Les consultations sont ainsi l'occasion d'instruire les liens entre pathologies cliniques et/ou infra cliniques et le travail des salariés.

Des résultats d'enquêtes (SUMER, ESTEV, réseau des TMS...), sans équivalent en Europe, montrent que l'approche épidémiologique de l'étude et de la prévention en santé au travail doit, entre autre, reposer sur un réseau de consultations systématiques.

L'évolution démographique médicale ne permet pas la mise en place de ces approches en santé travail et le développement de cette clinique médicale du travail individuel et collectif.

Par ailleurs, les infirmiers/infirmières de santé au travail ont entamé un processus de spécialisation à partir de la mise en place du DIUST (Diplôme Inter Universitaire en Santé Travail) évoluant vers la licence et le mastère en santé travail. Des compétences complémentaires en méthodologie de projet, en clinique médicale du travail, en épidémiologie sont mises au service de la promotion de la santé au travail.

Les métiers de secrétaire et d'assistante médicales sont en profonde évolution. Reposant sur une formation initiale en devenir et/ou complémentaire renforcée, de nouvelles tâches sont apparues.

Dans le domaine clinique, la pratique d'examen complémentaires par exemple, se fait sous la responsabilité et en présence du médecin du travail.

Dans le domaine de l'action en milieu de travail, on note de nombreuses expériences d'interventions d'assistantes ou secrétaires médicales dans le cadre d'actions en milieu de travail sous l'égide des médecins du travail, comprenant par exemple la métrologie ou la première identification des risques professionnels selon des protocoles précis.

Face à ces enjeux, il faut trouver d'autres solutions permettant de réaliser un projet global de prévention de la santé au travail.

Le SNPST considère que, pour que cette orientation soit pleinement efficace dans le champ de la prévention en santé au travail, elle doit s'accompagner d'une remise en cause de la gestion majoritairement patronale des services de santé au travail. De même, la démarche de prévention doit être semblable dans le secteur public et dans le secteur privé afin que tous les travailleurs bénéficient de conditions similaires d'accès aux services de prévention en santé au travail quel que soit leur statut ou leur branche professionnelle. Dans cette optique le SNPST propose la création d'agences de santé au travail indépendantes.

La constitution d'équipes médicales coopératives, comprenant médecin du travail, Infirmier-Infirmière de Santé au Travail, secrétaire assistant(e) constitue une réponse appropriée. Il s'agit d'une démarche visant à mutualiser les compétences des trois professions concernées dans un travail en équipe sous la dépendance hiérarchique du médecin du travail.

Au sein de cette équipe, la clinique relève des deux professions médicales, médecin et infirmier(e), qui ont développé un savoir faire et un savoir être leur permettant de faire le lien entre le travail et ses effets sur la santé.

La circulaire TE n°25 du 25 juin 1975 dite « OHEIX » définit l'infirmier(e) d'entreprise

1 Cette connaissance a été entravée en France ces dernières décennies par l'obligation réglementaire d'un avis d'aptitude à l'issue de chaque visite. Ainsi, cette obligation a figé le suivi médical des salariés et, en imposant un volume de travail démesuré, a amené les divers acteurs (médecins, salariés et employeurs) à trop privilégier l'aspect individuel de la santé au travail : 1 salarié / 1 poste de travail. En même temps, les conséquences importantes de l'avis d'aptitude sur l'emploi ont incité salariés et médecins à s'autocensurer en minimisant les atteintes à la santé liées au travail. La nouvelle législation et la remise en cause de l'avis d'aptitude nous permet enfin d'envisager, d'une part un suivi médical modulable et mieux adapté aux risques professionnels et d'autre part, une vision plus collective de la santé des populations au travail.

comme l'assistant du médecin du travail. Le décret de compétence infirmier intégré au code de la santé publique le 29 juillet 2004 définit l'exercice infirmier au regard du rôle prescrit (par un médecin) et du rôle propre infirmier. En santé travail, ce rôle propre est représenté par des tâches où ses compétences permettent une autonomie et des initiatives et s'applique à la prise en compte de la santé des salarié(e)s lors de projets de prévention et de promotion de la santé au travail, par exemple :

- au niveau individuel :

- information, conseils et écoute en santé travail
- recueil de données de santé,
- veille sanitaire au niveau individuel (« signes avant-coureurs » de pathologies professionnelles)
- accompagnement et orientation des personnes en souffrance du fait de leur travail...

- au niveau collectif :

- actions de prévention et de formation
- maintien dans l'emploi
- alerte et veille sanitaire auprès du médecin du travail et du CHSCT...

Par ailleurs, le suivi médico-professionnel des salariés peut en partie être réalisé à travers des « consultations infirmières en santé travail » qui ont pour objet la prévention globale de la santé des salariés en lien avec les risques professionnels auxquels ils sont exposés et le dépistage de pathologies, selon un protocole défini par le médecin du travail.

1/ MISSIONS²

Les missions du médecin du travail sont inscrites dans la loi à l'article L 241-2 du code du travail. Son rôle "consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail". Ce rôle de prévention doit constituer les missions de l'équipe médicale coopérative.

2/ STATUT DES PROFESSIONNELS

Le médecin du travail dispose d'un statut protecteur, visant à garantir son indépendance professionnelle. Cette indépendance est indispensable à la réalisation d'une mission de prévention et d'alerte auprès des entreprises. De même, les membres de l'équipe médicale doivent pouvoir travailler et assurer leurs fonctions à l'abri de toute pression des entreprises ou du service de santé au travail. Pour cela, l'infirmier(e) en santé au travail et l'assis-

tant(e) du médecin doivent être rattachés hiérarchiquement sur le plan fonctionnel au médecin du travail, garant de l'indépendance technique de l'équipe médicalisée.

3/ ORGANISATION OPÉRATIONNELLE

La composition de l'équipe médicale coopérative, avec un médecin du travail à temps complet, serait équilibrée avec :

- 1 médecin du travail (MDT)
- 2 infirmier(e)s en santé au travail (IST) à temps plein
- 2 assistantes médicales du travail (AMT) à temps plein

Le MDT est le coordonnateur de l'équipe, il garde la responsabilité des actions de l'équipe coopérative, dans une optique exclusivement préventive en santé au travail, il est le garant de l'indépendance technique de l'équipe et veille à son respect.

L'IST, est sous la dépendance hiérarchique du MDT et bénéficie de l'autonomie indispensable dans ses actions, cette dernière est prévue par la réglementation sous le terme de rôle propre infirmier.

L'AMT intervient selon les protocoles élaborés au sein de l'équipe coopérative, pour des missions bien définies.

Au sein de l'équipe, la formation professionnelle initiale ou continue doit être adaptée aux missions confiées à chacun de ses membres.

- L'IST doit être titulaire du DIUST/licence ainsi que d'une formation en clinique médicale du travail qui lui permet d'assurer des consultations IST. Cette formation clinique, primordiale, doit être à la fois théorique et pratique, cette deuxième dimension pouvant être acquise par compagnonnage avec un MDT ayant acquis la pratique de la clinique médicale du travail.

- L'AMT doit avoir bénéficié des formations lui permettant d'exercer pleinement ses missions au sein de l'équipe coopérative.

4/ ACTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

■ Visites périodiques des entreprises :

On peut instituer une visite des entreprises de façon systématique, ou après un changement significatif des conditions de travail, réalisée par l'un des membres de l'équipe : MDT ou IST, ou AMT.

Ces acteurs peuvent intervenir seuls ou à plusieurs, selon la connaissance antérieure de l'entreprise, ses risques professionnels particuliers, et les projets et protocoles établis au sein de l'équipe.

L'objectif de ces visites est :

- une connaissance et une description des conditions de travail et des postes.
- une identification des risques
- une information sur les risques
- une étude critique de l'évaluation des risques et du D.U. élaborés par l'entreprise.
- un bilan et un diagnostic en prévention en santé au travail.
- une contribution à l'élaboration de la fiche d'entreprise.

Les propositions et recommandations sont élaborées soit par le MDT lui-même, soit par délégation sous sa responsabilité.

■ Réunions de CHSCT :

Le MDT et l'IST concernés peuvent participer aux réunions de CHSCT ensemble, ou de façon séparée. La décision est prise en fonction des sujets prévus, des enjeux, ou des difficultés prévisibles lors de ces réunions. L'IST devient membre consultatif du CHSCT.

■ Actions ciblées :

D'autres actions en milieu de travail peuvent être décidées en fonction des problèmes particuliers relevés lors des consultations médico professionnelles réalisées par le MDT ou l'IST, ou des constats effectués à l'occasion des visites d'entreprises ou des études de poste. Ces actions impliquent le MDT, IST, et AMT selon une organisation clairement établie.

Les préconisations sont élaborées par le MDT ou sous sa responsabilité.

5/ ACTIVITÉ CLINIQUE

La mise en place des équipes médicales coopératives nécessite la suppression de la délivrance de l'aptitude après les consultations. Seules sont préservées et utilisées les recommandations d'aménagement ou de changement de poste (article L 241-10-1 du code du travail), et la prescription d'un retrait du poste de travail dans l'intérêt exclusif de la préservation de la santé du salarié (cette prescription fera l'objet d'un protocole spécial comportant la recherche du consentement éclairé du salarié et son information de ses droits de recours). Ces recommandations ou prescriptions sont formu-

² Les entreprises, dépassant les seuils réglementaires des 200 ou 500 salariés sont tenues d'embaucher des infirmiers (Art R 241-35-36-37 du code du travail).

« Ils ont pour mission notamment d'assister le MDT dans l'ensemble de ses activités » et dans tous les cas où l'entreprise est adhérente à un SIST, « le personnel infirmier est mis à disposition du MDT du SIST ».

Ce personnel infirmier doit pouvoir s'intégrer dans les équipes médicales coopératives en santé au travail.

Une solution consisterait à ce que le personnel infirmier réglementairement nécessaire à l'entreprise adhérente, soit embauché par le SIST et assure la prestation infirmière réglementaire dans les mêmes conditions que les autres personnels du SIST.

Dans ce cas de figure, l'indépendance du personnel infirmier, serait assurée de la même manière que celle des équipes coopératives. En outre, il faudrait que la formation en santé au travail soit identique à celle des autres IST, et la permanence soins dans l'entreprise soit très bien définie en terme de temps de présence.

lées par le MDT. Toutefois, certaines recommandations provisoires, réalisables sans problème par l'entreprise, peuvent être formulées par l'IST par délégation sous la responsabilité du médecin.

On parle dès lors de consultations médico-professionnelles et non plus de visites médicales.

Les consultations sont réalisées en tout ou en partie par l'IST ou le MDT, selon la décision de ce dernier, à partir de protocoles.

Les règles élaborées ci-dessus s'appliquent donc à tous les types de consultation.

En cas de difficulté nécessitant éventuellement une prise de décision sur un aménagement, une mutation ou un retrait de poste, l'IST en réfère au MDT et/ou lui adresse le salarié. La responsabilité de la décision revient au MDT.

- L'IST réalise des consultations périodiques selon des protocoles, établis par le MDT, en fonction de données discutées et validées par les professionnels³ qui tiennent compte des risques professionnels.

L'ensemble des salariés est concerné par ces consultations périodiques médico-professionnelles.

Elles consistent en un entretien et une information portant sur les risques du poste et/ou du métier, des conseils de prévention, l'organisation du suivi professionnel, un examen clinique ciblé, et une écoute compréhensive du salarié afin de repérer les atteintes à la santé liées au travail (voir tableau en annexe).

Les données de la consultation sont consignées dans le dossier médical et dans tout autre document prévu à cet effet dans le protocole.

- La première consultation du salarié avec l'équipe médicale consiste en un entretien portant sur le parcours professionnel antérieur du salarié : curriculum laboris pouvant être réalisé préalablement par l'IST, les antécédents médicaux et médico-professionnels, les risques du poste et/ou du métier, un examen clinique du salarié, des conseils de prévention, et l'information donnée au salarié.

- Les consultations de reprise du travail permettent de s'assurer de la possibilité du salarié de reprendre le travail à son poste et de rechercher le lien éventuel de l'arrêt maladie avec les conditions de travail.

- Les consultations à la demande du salarié ou de l'employeur et les consultations de reprise du travail sont assurées soit par l'IST soit par le MDT selon les particularités de la demande.

- Les AMT gèrent en concertation, le planning des consultations du MDT et des IST, selon les objectifs de santé au travail et les règles fixés par le MDT en concertation avec les IST. Les AMT peuvent réaliser lors de ces consultations un premier entretien avec mise à jour d'éléments administratifs (adresse, situation familiale, nom du médecin traitant ...), description du poste, et réalisation d'éventuels examens complémentaires qui relèvent de leur compétence.

- Le MDT doit assurer des consultations médico-professionnelles systématiques dans son activité. L'organisation et la répartition de ces consultations périodiques doivent se faire en concertation avec l'équipe, en fonction des objectifs en santé au travail, des particularités du secteur, et des actions régionales ou nationales auxquelles participe l'équipe.

- Pour toute l'activité clinique, l'échange avec le système de soins (traitement, réparation) est très important. Il est sous la responsabilité du MDT mais bénéficie du savoir faire de l'AMT et des initiatives de l'IST.

6/ AUTRES ACTIONS (PLAN D'ACTIVITÉS)

Le fonctionnement en équipes médicales permet d'inventer et d'expérimenter de nouvelles formes d'action de prévention en santé au travail, qui pourraient s'inscrire dans le cadre d'un plan d'activités.

Ainsi, par exemple, des réunions (par ateliers ou par équipes) peuvent être animées par 2 ou 3 membres de l'équipe pour étudier avec les salariés leurs connaissances du risque, les réalités du travail, les comportements de prudence ou bien les prises de risques, les marges de manœuvre, etc...

Des actions peuvent être également mises en place de façon concertée entre plusieurs équipes médicales pour avoir par exemple un nombre plus grand d'entreprises concernées ou pour avoir plus de souplesse dans la composition des intervenants.

On peut également concevoir des actions collectives au sein du SST par branches professionnelles : actions en entreprises, information, etc...

7/ PLURIDISCIPLINARITÉ

Dans le cadre d'un projet global pluridisciplinaire de prévention en santé au travail, il est nécessaire de créer des liens entre les pôles médicaux, techniques et organisationnels en interne ou en externe.

L'équipe s'inscrit dans un projet global de prévention où elle apporte et assume le point

de vue de la clinique médicale aux côtés des IPRP, dans le cadre d'actions pluridisciplinaires. La mise en synergie des compétences médicales, techniques et organisationnelles se fait au bénéfice d'une prévention globale en santé au travail.

Les échanges entre ces acteurs sont de nature différente suivant le niveau d'indépendance des IPRP par rapport à l'employeur, la déontologie et les règles de métier propres à chaque corps d'IPRP.

Le fonctionnement interne fait l'objet d'une charte. L'objet de cette Charte est de définir, en interne, les modalités de travail et de collaboration entre les différents acteurs, sachant que les relations à caractère contractuel avec l'entreprise bénéficiaire des prestations, sont réglées par les termes des conventions qui doivent être passées avec ces entreprises.

Dans un souci de clarté, d'efficacité et de préservation de l'indépendance de tous les acteurs, cette charte doit définir les principes généraux du déroulement d'une intervention pluridisciplinaire, en particulier :

- l'accord écrit du MDT pour valider l'opportunité d'une intervention ainsi que la convention.

- l'accord de l'IPRP pour valider la faisabilité d'une intervention demandée par un MDT.

- Le recours à une médiation en cas de désaccord motivé entre un MDT et un IPRP.

- Le principe d'une collaboration étroite entre l'équipe médicale coopérative et le ou les IPRP, tout en respectant la liberté d'action de chacun. Le ou les IPRP doivent pouvoir agir librement dans l'entreprise, en respectant les règles de confidentialité, cela doit être prévu dans la convention.

- Des phases d'analyses du travail sur le terrain peuvent être réalisées en commun afin d'avoir une représentation de la situation circonstanciée.

- Une étape de concertation en interne, entre les différents acteurs pluridisciplinaires, pour pouvoir transmettre ensuite aux partenaires de l'entreprise le rapport final présentant les résultats de l'intervention.

- La mise en débat des modalités de restitution entre le ou les IPRP et les membres de l'équipe médicale coopérative, avec possibilité de recours auprès d'un groupe de médiation en cas de désaccord.

- En fin d'intervention la restitution des résultats auprès de l'entreprise, et auprès des instances représentatives du personnel (exemple CHS-CT) quand elles existent, est menée par l'IPRP et MDT.

Chaque pôle élabore un rapport annuel d'activité. Les acteurs présentent simultanément leur bilan devant les partenaires sociaux, les

³ L'évaluation des pratiques professionnelles permettra d'établir des référentiels pour la rédaction des protocoles.

quels peuvent leur proposer des actions prioritaires.

Il est fait, à cette occasion une synthèse des actions du SIST qui est transmise aux acteurs institutionnels.⁴

8/ ENQUÊTES OU ÉTUDES

Après discussion au sein de l'équipe, la responsabilité en revient au MDT.

Pour répondre à un objectif d'amélioration de la prévention en santé au travail, les équipes médicales doivent disposer du temps et des ressources nécessaires pour participer aux différentes enquêtes et particulièrement à celles qui relèvent de la veille sanitaire.

La répartition des tâches se fait en concertation au sein de l'équipe, la réalisation de ces enquêtes et leurs restitutions sont assurées par un ou plusieurs membres de l'équipe.

Le pôle médical est amené à participer à des réseaux notamment médicaux. C'est ainsi que des actions prioritaires sont déterminées en fonction du recueil de données sur la santé au travail dans le cadre d'un réseau TMS ou cancer par exemple.

9/ TEMPS D'ÉCHANGES ET DE CONCERTATION

Pour avoir un mode de fonctionnement efficace l'équipe doit prévoir des temps de rencontres, d'échanges et de planification de son activité. Lors de la montée en charge progressive de cette expérimentation, qui peut s'envisager sur un an, ces rencontres seront hebdomadaires.

De même, les différentes équipes doivent pouvoir se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs nouvelles pratiques professionnelles, dans une démarche de confrontation de leurs actions et d'analyse des éventuelles difficultés rencontrées.

10/ EXPÉRIMENTATION

La mise en place et l'évaluation à court terme de ces équipes médicales coopératives nécessitent des moyens de fonctionnement suffisants.

Nous proposons d'avoir recours d'abord à une

expérimentation, afin de pouvoir apporter des corrections au dispositif et proposer par la suite une réglementation plus adaptée.

S'agissant d'une expérimentation nécessitant à la fois des ajustements organisationnels et une formation clinique des IST sur le terrain, il est nécessaire que chaque équipe médicale bénéficie d'un secteur à effectif réduit.

Un bilan à deux ans permet d'ajuster un mode de calcul réaliste et efficace pour les effectifs à attribuer à l'équipe.

Pour cela il est attribué un secteur géographique et/ou interprofessionnel à une équipe médicale, voire 2 équipes ; ce dernier schéma est plus favorable. En effet, l'expérimentation avec 2 équipes médicales présente l'avantage d'une démarche coopérative et de favoriser les retours d'expériences au niveau des membres des 2 équipes.

11/ CONCLUSION

L'équipe médicale coopérative en santé au travail représente une évolution et peut être une révolution dans la prévention médicale en santé au travail parce qu'elle bouscule le mode de fonctionnement traditionnel d'une institution.

La réglementation de 1946 a eu le mérite d'imposer la médecine du travail à toutes les entreprises en déterminant un cadre de fonctionnement adapté principalement au dépistage, grâce à des visites systématiques imposées aux salariés et aux MDT.

Par la suite la notion d'aptitude a été également imposée avec des références normatives.

Dans ce cadre réglementaire spécifiquement français s'est développée une médecine du travail de proximité axée essentiellement sur l'examen clinique individuel et le maintien dans l'emploi.

Cette activité prescrite réglementairement dont on doit regretter l'absence d'évaluation, a permis le développement de savoir faire en clinique médicale du travail. Des règles de métiers issues non pas de la réglementation mais des pratiques de terrain se sont développées ces dernières années.

Parallèlement, la mise en place de la pluridisciplinarité et d'une nouvelle réglementation prescrivant prioritairement l'action en milieu de travail a commencé à bouleverser ces pratiques, tandis que la paupérisation de la ressource médicale crée des difficultés pour assurer la pérennité du métier de MDT.

C'est dans ce contexte que le SNPST a créé un groupe de réflexion dès les années 2000. La réflexion s'est articulée autour du principe de développement de la clinique médicale du travail, du travail en équipe, de la délégation de tâches et de la valorisation de la consultation infirmière en santé au travail.

La mise en pratique des équipes médicales coopératives nécessite une évolution réglementaire importante afin d'assurer un cadre juridique favorable.

La mise en place des équipes médicales coopératives est pour le SNPST une nécessité et devient une revendication du syndicat, qui considère que doit se maintenir et se développer, dans ce cadre, la clinique médicale du travail.

Les conditions réglementaires de cette application sont indissociables et inaliénables que ce soit l'indépendance des membres de l'équipe ou la suppression de l'aptitude ou l'évolution de l'inaptitude vers la prescription d'un retrait du poste de travail dans l'intérêt exclusif de la préservation de la santé du salarié.

Le SNPST demande que les conditions de cette « nouvelle approche coopérative » soient rapidement mises en place ; c'est-à-dire que les MDT, les IST et les AMT soient dûment formés et en nombre suffisant.

Le SNPST demande une évolution du système français vers une prévention médicale en santé au travail originale, organisée autour de la coopération des professionnels médicaux en santé au travail, oeuvrant dans un réseau à la fois pluridisciplinaire et de santé publique.

Cette coopération sera épaulée par une agence nationale indépendante et puissante, assurant la recherche fondamentale et appliquée.

Note : Nous vous rappelons que vous retrouverez cet article sur le site du SNPST : <http://snpst.org>.

Vous y trouverez également, en annexe, des tableaux qui précisent pour chaque activité de santé au travail, leur attribution et leur faisabilité par les opérateurs.

⁴ Pour le SNPST, les IPRP doivent bénéficier d'un statut d'indépendance comparable à celui des médecins du travail.

LE POINT SUR L'EXPÉRIENCE INFIRMIÈRE AU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL D'ORLÉANS.

FABIENNE BARDOT, MÉDECIN DU TRAVAIL

Le CIHL (Comité Interentreprises d'Hygiène du Loiret), a embauché une infirmière non diplômée en spécialité de médecine du travail, fin octobre 2007. Elle a été immédiatement inscrite au DIUST (Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail) de Tours.

En même temps, elle m'a été affectée afin que j'en sois la tutrice et afin qu'elle fasse un apprentissage de terrain en alternance.

Un véritable projet.

L'objectif professionnel était de l'affecter, sous mon autorité, à un secteur démesuré qui allait m'être attribué du fait du départ de deux médecins¹ afin qu'elle m'assiste dans mes activités cliniques et de prévention collective. Le constat était évident que le phénomène était en train de prendre son élan ; il s'agissait donc d'anticiper sur quelque chose que le SST (service de santé au travail) ne pourrait plus maîtriser dans les deux à trois ans qui viennent. En effet, le départ d'une douzaine de médecins est prévu.

Un véritable projet a donc été conçu.

Son fondement s'appuie sur la conservation d'un suivi périodique individuel des salariés en parallèle d'un suivi collectif assuré par une équipe d'IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) travaillant en réseau avec les équipes médicalisées et les entreprises adhérentes au SST.

Former des infirmières et renforcer la ressource IPRP a été le fondement de ce projet.

La formation à une nouvelle spécialité infirmière, comme centralité du projet.

La question de la formation pratique à une clinique spécifiquement infirmière est fondamentale pour éviter le piège de l'entrée massive des infirmières dans les SST comme « bouches troues » de l'activité des médecins. S'imaginer que faire des examens complémentaires, des

vaccins, des recueils de parcours professionnels, des dossiers de suivi post-professionnel, des études de poste, des projets de fiches d'entreprises, etc.... va soulager l'activité de médecins qui auront en charge plus de 5000 salariés à brève échéance, est un aveuglement excessivement dangereux. Cette myopie volontaire fait courir deux risques. Soit le suivi périodique individuel va se faire dans des intervalles allant de 3 à 10 ans, ce qui fera disparaître tout espoir d'un traçage précis de l'évolution des relations santé travail, soit l'approche médicale de la santé au travail disparaît au seul profit d'une approche technique par les risques. Cette dernière hypothèse est évidemment politique. Est-elle souhaitable ? En rupture avec la santé, sera-t-elle aussi efficace qu'elle pourrait l'être ?

D'un point de vue pratique, comment s'y est-on pris ?

Nous avons commencé par lui expliquer le fonctionnement d'un service interentreprises. Elle a compris dans quelle organisation elle entrait et le rôle de cette dernière, elle a compris comment l'institution s'articulait avec les autres partenaires et organismes de contrôle, elle a situé son déploiement géographique et son fonctionnement quotidien correspondant aux consultations individuelles et aux interventions des IPRP. Cela a été fait avec la direction.

Ensuite, elle est restée 15 jours avec ma secrétaire afin de comprendre la gestion des dossiers médicaux, le système des convocations et les rapports obligés avec les chefs d'entreprises ou leur représentants. Elle assistait à l'accueil des salariés et à la tenue des dossiers médicaux.

Elle est ensuite passée avec moi. Elle assistait aux consultations médicales en prenant des notes pour aller rechercher dans la littérature ce qui avait besoin d'être éclairé (au début, surtout les métiers, les risques, la législation).

Je lui ai donné le petit livre du CISME concentré sur les R 241 de l'ancien Code du travail (maintenant les R4621-1 à R4624-50).

Petit à petit, elle posait des questions aux salariés au cours des consultations.

Je lui ai fait rédiger tous les cas qui l'avaient surprise ou intéressée.

Puis, devant moi, je lui ai demandé de faire des entretiens santé travail. Je corrigeais, je réorientais. Je lui demandais de les écrire ensuite. L'écriture obligée est une formidable aide à penser et à élaborer sur ce qu'on fait. Cela permet de faire des liens après coup, de structurer la situation. On peut penser que ce qui est acquis grâce à ce travail de structuration devient un acquis d'expérience qui n'est pas à retravailler ; cela devient un savoir-faire incorporé.

Et finalement, au bout de 7 mois, j'ai laissé l'infirmière faire seule des consultations infirmières tout en restant à proximité, dans un cabinet adjacent. Elle a fait de très bonnes investigations santé travail. Au début, elle m'a un peu sollicitée, mais ces appels à l'aide en cours d'entretien se sont espacés assez vite.

En fin de consultation, elle me présentait un bilan rapide devant le salarié. Je signalais la fiche de consultation appelée « fiche d'aptitude ».

En même temps :

1. Je l'ai envoyée assister à des consultations avec trois autres collègues volontaires. J'ai pensé qu'il était important qu'elle puisse voir des pratiques forcément différentes afin de bien se caler dans la sienne. Je lui ai demandé d'écrire cette expérience.
2. Je l'ai envoyée sur le terrain avec les IPRP afin qu'elle voie une approche très hygiéniste de la santé au travail et afin qu'elle comprenne comment s'articulent approche médicale et approche par les risques.

¹ Leur remplacement semblait impossible à cause de l'absence d'offre.

Apprendre à travailler en équipes coopératives est important. Elle a ainsi accompagné la technicienne chimiste qui apporte une méthode d'étude du risque chimique par l'employeur lui-même, le métrologue et l'ergonome.

3. Je l'ai emmenée en visite d'entreprise et en CHSCT. Il s'agissait de lui montrer ce qu'il y avait de différent par rapport à un IPRP.

Peuvent se rajouter à tout ça l'apprentissage du recueil de données collectives (enquêtes, observatoires, ..), ce qui sera le plus facile sans doute.

Il me semble que cette technique de compagnonnage est la seule qui garantisse un apprentissage global et efficace.

Etre sous la responsabilité d'un médecin (ou de deux au maximum, s'ils sont à temps partiel) est la principale condition de réussite. Un médecin peut encadrer plusieurs infirmières. Une infirmière ne peut être sous la responsabilité que d'un médecin temps plein (ou deux à

temps partiel), mais pas sous la responsabilité de tous les médecins d'un même secteur par exemple. Et cela, pour les raisons suivantes :

- les pratiques professionnelles des médecins sont obligatoirement très diversifiées ce qui pourrait être une entrave à un exercice harmonieux et régulier d'une clinique infirmière. Par exemple, des médecins ne travaillent que sur un dossier informatisé, d'autres seulement sur un dossier papier. Le forme, la nature de données recueillies ne sont pas les mêmes. Certains médecins, qu'on le veuille ou non, ont des pratiques sélectives, d'autres non. Certains ont une pratique très normative du côté des risques principalement, d'autres s'attachent à « l'éprouvé » du travail en valeur égale, etc.... Dans ces situations, nombre d'infirmières se verront obligées de gérer des « injonctions paradoxales » qui les mettront rapidement en difficulté extrême.

- La diversité des interventions dans de multiples entreprises leur ôtera l'accès à une vision globale de suivi, dans la durée, d'une population au travail, leur enlevant ainsi l'intérêt

majeur qui consiste à se rendre compte de l'évolution des actions individuelles ou collectives qui seront menées.

En conclusion.

Former des infirmières à une approche clinique infirmière en santé au travail pour que les médecins se recentrent sur le cœur de leur métier qui est de traiter les malades du travail ou les entreprises qui produisent des atteintes à la santé, serait sans doute une sortie efficace de l'impasse que provoque le départ des médecins.

Ce serait l'occasion d'allier approche médicale (grâce aux équipes médicalisées) et approche collective technique (grâce aux IPRP), dans un objectif commun de prévention.

Encore faut-il que tombent les idéologies défensives de métier qui y font obstacle, que des théories de la pratique des médecins et des infirmières soient rendues apparentes et décrites et qu'un cadre juridique adéquat soit proposé.

UNE RÉORIENTATION RÉUSSIE ?

SOPHIE FOUCAULT, INFIRMIÈRE SANTÉ TRAVAIL.

J'ai quelques années d'expérience en santé travail. J'étais infirmière d'entreprise. Je suis diplômée de la spécialité « santé travail » depuis 2004.

J'ai connu surtout le secteur métallurgique, comme l'automobile, la fonderie de fonte.....

Une restructuration avec perspective de licenciements et fermeture probable se profilait dans mon dernier emploi. Cette phase d'incertitude m'a poussée à m'intéresser au « projet infirmier » que le service interentreprises du département mettait en place. En plus, j'étais dans une phase professionnelle où j'avais besoin de renouveau et de me réinvestir. J'ai suivi le projet car je trouvais que c'était là une opportunité de continuité mais sur une voie différente et mon expérience acquise pouvait m'être utile. J'ai donc postulé et j'ai été retenue pour entrer dans ce projet.

La première phase obligatoire a été la formation à l'entretien santé travail infirmier. J'ai été affectée à un médecin qui avait déjà en charge une infirmière non diplômée.

Au début de mon apprentissage j'ai été en phase d'observation des consultations du médecin. J'ai eu le souci, il me semble, d'adopter dès le départ une position d'élève, de novi-

ce, afin de tout absorber sans restriction de l'enseignement prodigué par le médecin. J'ai procédé à une sorte de clivage en me dégageant complètement de mon expérience antérieure afin que cette expérience ne pollue pas ce que je découvrais grâce à un angle d'approche du salarié et du travail totalement différent de ma pratique antérieure. Je sentais le danger de l'irruption de réflexes acquis.

Avant de m'orienter vers la médecine du travail, j'avais travaillé en service de réanimation, en bloc opératoire, en hémodialyse et en exercice libéral ; à chaque fois, cela me demandait aussi un apprentissage. Je constate maintenant qu'à chaque fois je pratiquais de la même manière. J'observais. Cela a toujours été une bonne façon de m'adapter au plus vite aux nouvelles méthodes de travail.

L'interrogatoire n'est pas quelque chose de complètement inconnu puisqu'en entreprise c'est une pratique fréquente. En effet, lorsqu'un salarié venait me parler d'un problème, je reprenais le dossier et je faisais un interrogatoire portant sur les symptômes ou les conditions de travail. J'en faisais une synthèse que je transmettais au médecin qui n'était pas sur place. Cependant, je n'écrivais pas dans le dossier médical.

J'ai appris dans un premier temps, le déroulement de l'interrogatoire de la consultation comme le médecin a l'habitude de le mener. Des questions sont venues au fur et à mesure avec des explications. Au bout de deux jours j'ai bien compris la fonction et la nécessité de l'interrogatoire, et cela m'a mise assez à l'aise

Ce qui est le plus intéressant, ce sont les réflexions du médecin par rapport à différents sujets abordés ; par exemple sur l'alcool. Ne pas aborder cette question sous l'angle du diagnostic scientifique, mais sous l'angle de la compréhension, de l'aide... La façon de mener l'interrogatoire, qui est liée à une expérience professionnelle consolidée, est très riche d'enseignement d'un point de vue pédagogique et beaucoup plus éclairant que le suivi d'un protocole qui est une prescription figée (on a besoin d'une trame mais le transfert d'une expérience vivante est inégalable en terme de formation).

Le troisième jour le médecin m'a demandé si je voulais mener un entretien sous son contrôle. J'ai été un peu étonnée car je trouvais que c'était rapide, mais, en même temps, je me disais qu'il fallait se lancer. Ce premier entretien s'est relativement bien passé. Au fur et à mesure des oublis se faisaient, mais le méde-

cin rebondissait et c'était plutôt rassurant. J'ai eu également le syndrome de la page blanche, un grand vide survenait, je ne savais plus quoi dire ayant perdu le fil de mes questions. Sentiment de malaise, je baissais la tête sur le dossier pour masquer mon embarras, en laissant un silence blanc. Je me sentais terriblement gênée même si cela ne se voyait sans doute pas.

Quand cela arrive, on ne sait pas à quoi se raccrocher.

Et cela m'est arrivé plusieurs fois. À chaque fois, le médecin est venu à mon secours en reprenant le fil des questions.

Pour moi, ce qui a été le plus dur au début, c'était de ne pas avoir de fil conducteur bien mémorisé.

Mais après quelques entretiens, une certaine habitude s'est mise en place et tout s'est agencé presque naturellement. J'avais bien mentalisé une certaine trame de raisonnement que je suivais en posant mes questions.

J'ai commencé ma première consultation seule avec le médecin dans un bureau à côté au début de la troisième semaine. J'avais hâte de démarrer seule, car déjà, au bout de trois semaines, j'avais comme des « impatientes » et j'avais l'impression qu'en faisant seule, j'allais continuer à faire des découvertes qui auraient une autre saveur que celles que m'apportait le médecin.

Donc, à ce stade de ma solitude dans le cabinet, le médecin venait en fin d'entretien pour que je lui fasse la synthèse de mon entretien santé travail et pour qu'il le valide.

Au cours du déroulement des entretiens et des remarques du médecin, une évolution s'est faite. Par exemple, avant je ne demandais pas pourquoi une personne avait démissionné d'un poste précédent, je n'appréciais pas l'importance de ces renseignements. Maintenant j'approfondis systématiquement cette question afin de mieux comprendre le parcours du salarié, afin d'en laisser une trace dans le dossier. L'hypothèse est que tout événement de travail, s'il a été un peu traumatisant, laisse une trace incorporée qui peut ressortir dans certaines occasions. Pouvoir s'y référer en reprenant l'itinéraire professionnel peut éclairer certaines situations, que ce soit le salarié lui-même ou le médecin. C'est la même chose quant aux questions concernant la famille, les antécédents, les dates et circonstances ou événements qui sont exprimés volontairement par la personne.

Cela m'a donné l'impression d'être de plus en plus à l'aise dans le déroulement du descriptif dans cette phase où je m'aidais de mon fil conducteur.

Des questions périphériques venaient alors plus facilement.

Ce qui est le plus complexe est de faire connaissance avec les différents corps de métiers et les différents risques. Je commence à me faire des fiches de synthèse pour me rassurer si j'ai un doute.

Le médecin m'a fait écrire des monographies dès la deuxième semaine. C'était un travail relativement nouveau. Le fait de reprendre des notes personnelles et le dossier médical m'a permis de remettre le récit en place dans un certain ordre. Cela m'a permis de constater les oublis et de mieux comprendre parfois le dossier. C'est un travail de gros investissement mais très riche d'enseignement car j'ai l'impression qu'à partir du moment où je me suis mise à rédiger les monographies, cela a gravé un déroulement dans ma mémoire. Je pense que ces rédactions ont contribué à ce que je sois plus à l'aise dans les entretiens.

Les jours de la formation s'accumulant, je me faisais la réflexion que l'expérience acquise par la répétition était très utile et même si la diversité des découvertes était importante, c'est cela qui permettait de faire des évaluations rapides.

Je suis allée à trois réunions de CHSCT. Et là, je me suis retrouvée dans mon élément ; il m'était bien connu. Ma pratique et mon expérience antérieure montraient tout leur intérêt et leur indéniable utilité complémentaire. C'était très parlant pour moi.

Au-delà de cette familiarité retrouvée dans les CHSCT, je me suis tout de suite dit que, si je devais être l'assistante du médecin du travail, la fonction était différente de ma position précédente d'infirmière d'entreprise. C'est pourquoi je me suis attachée à observer le médecin. Comment le médecin abordait-il les sujets et comment amenait-il les réponses ? Mon point de vue a évidemment changé puisque, avant, le médecin était toujours présent mais il n'était pas dans la même relation de travail avec moi. Je me préparais à être son assistante et le changement d'angle est aussi à apprendre à bien maîtriser.

J'ai effectué une journée et demi avec deux autres médecins afin d'observer différentes pratiques.

Ils procèdent différemment dans le déroulement de la consultation mais le résultat est atteint pareillement. Cela est lié à leurs expériences professionnelles, à leur technique personnelle et à leur personnalité. Cela m'a permis de voir les différentes démarches utilisées. Par exemple, tel médecin abordera d'emblée les questions du travail et ne complètera les données personnelles administratives et

médicales que dans la suite de l'examen corporel. D'un point de vue enseignement cette phase était très riche du fait de la diversité des approches. Et c'est à ce moment-là que j'ai eu « le » déclic, à savoir que cela m'a ouvert un espace de liberté par rapport à une trame de questionnements que je m'imposais, n'ayant rien vu d'autre. Même si la trame est indispensable, il ne faut pas forcément trop cadrer l'interrogatoire, l'essentiel est d'avoir les réponses à toutes nos questions.

La première visite d'entreprise que le médecin m'avait demandée de faire seule concernait une TPE qui venait de s'installer et qui était en cours de montée en puissance. Je me suis présentée par ma fonction et j'ai expliqué le lien avec le médecin du travail. J'ai tout de suite ressenti la réticence de l'employeur qui me prenait pour un inspecteur du travail, en tout cas pour un contrôleur.

Puis, au fur et à mesure de la visite, les rapports se sont détendus, surtout à partir du moment où j'ai pu formuler des conseils en matière d'ergonomie. Il s'agissait de conseils sur le futur emplacement d'une filmeuse.

Finalement, la personne qui m'accueillait m'a même demandé si je pouvais revenir lorsque l'installation définitive concernant cette nouvelle machine serait effectuée. Elle a dû comprendre que je n'étais pas là pour faire un audit.

Pour ma deuxième visite d'entreprise, je m'y suis prise autrement. En plus de ma fonction, j'ai expliqué le but de ma visite, c'est à dire une prise de connaissance des lieux du travail et j'ai d'emblée parlé de conseils et d'une aide possible. J'ai l'impression que cette présentation a été tout de suite comprise et ne m'a pas mis dans une situation équivoque de fonction.

À ce jour, j'ai commencé à mettre en pratique cette expérience. Mais, l'histoire du vécu de l'apprentissage n'est pas terminée...

Conclusion

Je crois pouvoir dire qu'une infirmière possède de toutes les capacités, grâce à une formation socle (Diplôme d'Etat) du côté de l'attention, de l'aide apportée au « patient », pour construire une clinique infirmière spécifique à la santé au travail. L'objectif est d'alimenter un dossier médical de suivi précis et documenté des événements « santé travail » de salariés en activité. Cette clinique étant évidemment raccordée à l'observation de terrain que la formation DIUST permet de bien affûter et à la collaboration avec les IPRP. Le médecin se retrouve alors en capacité de faire des diagnostics à visée préventive beaucoup plus argumentés que lorsqu'il est en exercice solitaire.

EQUIPES MÉDICALES COOPÉRATIVES : ARIÈGE

DEUX INFIRMIÈRES ET UN MÉDECIN DU TRAVAIL



Jean Fondère, médecin du travail et Annie Respaud, infirmière, travaillent ensemble depuis trente ans dans ce service régional consacré au BTP. Ainsi, c'est ensemble qu'ils ont élaboré leur projet pour travailler différemment en tentant de trouver la meilleure solution pour répondre aux enjeux actuels de la

santé au travail. Ils ont été soutenus dans leur projet par la direction de leur service, par les MIRTMO et par le Pr Frimat. Peut-être se sont-ils un peu inspirés du projet de notre syndicat ?

Les textes qu'ils nous ont envoyés reprennent des exposés qu'ils ont eu l'occasion de faire à plusieurs reprises pour expliquer leur projet (en particulier au congrès de Tours). Vous pourrez aussi les trouver sur le site de la société de médecine du travail de Midi Pyrénées.

Après plusieurs mois de fonctionnement, cette expérience leur paraît très satisfaisante :

- Satisfaction des salariés qui sont pris en charge pendant plus de 30

minutes pour l'entretien médico professionnel

- Satisfaction des entreprises qui apprécient la présence sur le terrain des différents intervenants
- Résolution du problème des effectifs par une prise en charge possible de 4500 salariés

Les préoccupations portées par ce projet sont de donner une place prépondérante à la prévention primaire en répondant à la réalité des TPE ; à ce point de l'expérience, ce mode de fonctionnement permet de nets progrès dans ce domaine.

Il paraît donc important de soutenir ces expériences innovantes et de les multiplier en espérant que le législateur saura en tenir compte pour évoluer vers un système de santé au travail adapté au mieux aux besoins des salariés et des entreprises.

LE PARI D'UN NOUVEAU MODE DE FONCTIONNEMENT

JEAN FONDERE, MÉDECIN DU TRAVAIL, SRAS TOULOUSE

NOTRE CONSTAT

Je suis médecin du travail dans l'Ariège et j'appartiens au service de santé du bâtiment et des travaux publics, le SRAS, qui a une emprise régionale, pratiquement sur l'ensemble de Midi-Pyrénées. Je suis le seul médecin du BTP dans mon département à côté d'un service interprofessionnel qui compte une dizaine de praticiens.

Nous prenons en charge une population salariée particulièrement exposée à des risques professionnels graves, non seulement du fait de la nature même du travail dans le BTP, mais aussi en raison de la structure des entreprises qui, pour 88% d'entre elles, comptent moins de dix salariés, avec donc, une culture de la prévention des risques très limitée.

Pour leur défense, il faut reconnaître que la différence entre un « danger » et un « risque » est un concept difficile à comprendre. La circulaire d'application relative au Document Unique rappelle bien le lien : Risques = Danger x Conditions d'exposition. Mais d'une part, la grande majorité de ces petites entreprises ignore jusqu'à l'existence même de ces textes et d'autre part, pour celles qui s'y aventurent, elles sont censées connaître quels sont les dangers potentiels pouvant faire apparaître un risque pour la santé des salariés dans toutes leurs activités !!!

En Midi-Pyrénées, le BTP connaît une intense activité et dans le même temps, nous sommes frappés de plein fouet par la pénurie de médecins au point de mettre en question la survie de notre SST. Jusqu'à ces dernières années, du

fait de cette population à risques, nous avions dans le service, un effectif attribué de 2500 salariés pour un temps plein.

Aux visites d'embauche, devenues très nombreuses surtout en raison des contrats courts, s'ajoutent les visites de reprises, de mieux en mieux respectées, et souvent complexes, du fait des maladies professionnelles et des accidents de travail, hélas encore nombreux dans le BTP. Si bien que le nombre de visites ne cesse d'augmenter : 2900 visites ont été faites l'an dernier et dans la région certains services interprofessionnels sont déjà à 3800 salariés par médecin. Bien entendu, ce problème sévit dans tous les départements de Midi-Pyrénées et je ne peux donc attendre aucune aide des confrères d'un autre service.

Asphyxiés par ces visites médicales, il devient de plus en plus difficile d'assumer notre rôle essentiel à savoir :

- dispenser des CONSEILS oraux et écrits,
- destinés à AMÉLIORER les FACTEURS D'ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL
- pour éviter toute ALTÉRATION DE LA SANTÉ des salariés,
- DU FAIT de leur travail.

Nos convictions

- Nous pensons depuis longtemps que la réponse par la visite médicale seule n'est plus adaptée à la pratique de la PREVENTION PRIMAIRE, pourtant depuis longtemps priorisée par le droit communautaire, et impliquant l'action en amont sur le milieu de travail : pour caricaturer, il est sans doute plus efficace d'obtenir le remplacement d'un compresseur bruyant que de multiplier les audiogrammes...
- Nous savons tous depuis longtemps que les protections collectives doivent D'ABORD être recherchées et mises en place, AVANT d'arriver à la protection individuelle : c'est de cette méthode que nous nous réclamons en essayant de privilégier la prévention collective dans notre pratique médicale.
- Depuis des années, nous colligeons des montagnes de données médico professionnelles, avec des outils inadaptés, qui ne permettent aucune utilisation réellement exploitable scientifiquement. Nous sommes convaincus que l'avenir exigera de nous la TRACABILITÉ à tous les niveaux et en particulier :
 - Traçabilité des risques de chaque salarié au cours de sa carrière
 - Traçabilité médico-légale de nos actions de prévention

Le schéma relationnel ci-dessous devrait être géré par tous les logiciels commerciaux de médecine du travail (aucun ne le fait !).

1-activité > 2-dangers > 3-conditions d'exposition > 4-risques (= danger x exposition) > 5-mesures préventives > 6-RISQUES RESIDUELS > 7-pathologies > 8- conseils adaptés et spécifiques

À quoi sert l'intervention du médecin en niveau 7, celui de la recherche des pathologies professionnelles, si les 6 premiers niveaux n'ont pas été correctement renseignés ?

De même, si le niveau 6, celui des risques résiduels, est égal ou voisin de zéro, il n'y a donc aucun risque de générer des pathologies professionnelles ? Est-il donc vraiment nécessaire de faire intervenir un médecin dans ces circonstances ?

Nous voyons donc que renseigner consciencieusement cette chaîne relationnelle permettrait un traitement précis de l'information, la

présence **mais aussi l'absence** de signes pathologiques constituant une information à gérer précieusement.

- Enfin, techniquement, nous avons, pendant 5 mois, vérifié l'hypothèse que sur la moyenne de 12 personnes convoquées par demi-journée, statistiquement, 6 à 8 ne posent aucun problème de surveillance médicale particulière. Elles peuvent donc être prises en charge par une infirmière, agissant dans le cadre précis d'un interrogatoire protocolisé.

En résumé :

- Trop de visites médicales,
- Pas d'outil informatique adapté,
- Pas assez de temps pour l'action en milieu de travail,
- Une ressource médicale de plus en plus rare.

DANS CES CONDITIONS, QUE FAIRE ?

Soit se résigner à poursuivre notre exercice de façon identique, sachant que la baisse inéluctable du nombre de médecins dans le service aboutira à des périodicités de visite de plus en plus longues, au point de perdre le contact réel avec nos salariés et de risquer de devenir une coquille vide.

Soit proposer un nouveau mode de fonctionnement qui prend le pari :

- non seulement de résoudre les problèmes d'effectifs,
- mais encore de développer dans des proportions considérables la prévention primaire sur le terrain, seule façon, à notre avis, de rendre notre action *réellement* efficace,
- en focalisant l'action du médecin du travail *sur les tâches où il est indispensable*,
- lui dégageant ainsi DU TEMPS pour des *actions nouvelles* : constructions d'indicateurs de santé performants, participation à la mise en place d'études transversales, exploitation de ces études sur le terrain, participation à l'élaboration de consensus de pratiques professionnelles à valider par la HAS etc. etc. ; .

Notre proposition de fonctionnement : constituer une équipe de 2 infirmières et 1 médecin, fonctionnant sur deux principes :

- des entretiens médico professionnels protocolisés sur informatique
- des actions en milieu de travail programmées et progressives

L'entretien médico professionnel, (terme que nous souhaitons voir se substituer à celui de visite médicale) :

Sauf quelques exceptions, tous les salariés sont reçus d'abord par l'infirmière puis accompagnés, en fin d'entretien, dans le bureau du médecin. Si cela est nécessaire ou si le salarié le demande, le médecin poursuit l'entretien, réalise un examen clinique, prescrit des examens complémentaires non prévisibles etc....

Mais dans tous les cas, qu'il poursuive ou non l'entretien, le médecin du travail signe la fiche d'aptitude.

Il va de soi que dans cette nouvelle organisation, tous les salariés sont convoqués annuellement :

- d'une part cela simplifiera, la gestion des convocations et
- d'autre part, nous pourrons, au-delà du réglementaire,
 - réaliser des enquêtes de veille sanitaire santé - travail,
 - mieux évaluer le risque psychosocial,
 - mettre en place des indicateurs de résultats.
 - enfin, comme le préconise le BIT depuis 2002, prendre mieux en charge des risques émergents,

Le contenu de l'entretien médico professionnel réalisé par l'infirmière :

- Les trois membres de l'équipe médicale travaillent sur le même fichier informatique en liaison Wi-Fi, à partir du logiciel que j'ai écrit et mis au point depuis 2 ans en collaboration quotidienne avec mon infirmière,
- Celui-ci prend en compte d'abord **l'expression libre du salarié**.
- Il dispose ensuite de la quasi-totalité des postes de travail du BTP, permettant ainsi à l'infirmière de **construire le poste de travail du salarié en direct, et de le valider avec lui** avec le niveau « réel » des mesures préventives,
- Le logiciel permet, bien sûr, la recherche par mot dans tous les tableaux de maladies professionnelles.
- L'infirmière dispose enfin automatiquement d'un interrogatoire protocolisé, spécialisé par grandes activités (maçon, électricien, peintre, etc.) qui précise, dans le questionnaire, la spécificité de chacun de ces postes.

La saisie de ces informations en direct par l'infirmière, permet :

D'une part de définir la suite de cet entretien : existe-t-il des risques résiduels ? Si oui, quelles pathologies sont susceptibles de survenir ? Quel est donc l'examen médical à réaliser ? Quels sont les éventuels explorations complémentaires à mettre en œuvre ? Enfin, quels sont les conseils adaptés à dispenser à chaque salarié, au besoin par écrit, pour limiter ces risques résiduels,

D'autre part d'alimenter une partie de la Fiche d'Entreprise largement remaniée pour constituer une aide majeure à la réalisation par l'entreprise du Document Unique d'Évaluations des Risques.

Cette saisie d'information, très chronophage, est réalisée cependant avec le plus grand soin pour disposer dans l'avenir d'indicateurs de santé au travail (insistant sur le lien « état de

santé/travail ») fiables et crédibles à transmettre aux entreprises et, pourquoi pas, à notre tutelle.

Les actions en milieu de travail

Le contenu des actions en milieu de travail répond à deux règles que nous essayons de respecter au plus près :

- 1°) Recueillir le maximum d'informations sur le poste de travail du salarié avant l'entretien médico professionnel ;
- 2°) Faire, sur le terrain, un maximum de prévention primaire.

C'est ainsi que :

- Chaque entreprise nouvelle doit être visitée dans les deux mois par l'infirmière compétente. À cette occasion, des documents sont remis et commentés sur
 - ce qu'est la santé au travail,
 - quel est le rôle des entretiens médico professionnels,
 - des actions en milieu de travail,
 - et sur les obligations légales de l'entreprise vis à vis du service de santé.
- Nous proposons systématiquement une aide pour la mise à jour des listes du personnel, espérant ainsi pouvoir recueillir, avec une bien meilleure fiabilité, les expositions aux risques de chaque salarié (c'est l'Article 241-25).
- Déjà, ces deux interventions de l'infirmière nous permettent de cibler les visites prioritaires :
 1. d'ateliers : menuiseries par exemple avec déterminations des risques (poussières de

bois, bruit, machines dangereuses..) et évaluation de niveau de gestion (aspiration existante efficace ou non, capotage des machines, etc.)

2. de chantiers potentiellement plus dangereux : travail en hauteur, utilisation de produits dangereux tels que le plomb (faïtières), laine de roche etc.
3. voire, mais c'est plus rare, de bureaux

- Des métrologies simples de sensibilisation aux risques peuvent être réalisées le plus souvent possible (en particulier sur le bruit avec les détecteurs, bientôt sur les vibrations..). Notre but n'est pas de réaliser des mesures sophistiquées mais de faire prendre conscience à tous les acteurs de l'entreprise de la réalité d'un risque en nous appuyant sur des machines qui, nous le savons d'expérience, impressionnent toujours beaucoup plus que notre grand savoir !

- Nous essayons de recueillir les risques chimiques d'une façon beaucoup plus précise pour mettre en place, dans le dossier informatique de chaque salarié, une traçabilité d'exposition.

Cet apport des infirmières en tiers-temps permet au médecin de conduire des entretiens beaucoup plus solides avec les chefs d'entreprise pour agir réellement sur les conditions de travail et reposant sur des indicateurs de santé fiables, à partir de repérages de risques beaucoup plus soignés.

Nous comptons inciter fortement les entrepri-

ses à réaliser le **document unique d'évaluation des risques (DUER)** en leur fournissant une méthode pratique que nous avons mise au point pendant deux ans avec une fiche d'entreprise réalisant environ 80% de l'évaluation.

Une aide à la finalisation de ce DUER sera proposée enfin sachant qu'à ce jour, seulement 20 % des entreprises du BTP ont construit ce document dans mon département.

LA PLACE DE L'IPRP ?

Cette pratique n'exclut nullement l'IPRP, bien au contraire. Le nôtre est issu le l'OPPBT (Organisme Professionnel de la Prévention du BTP) et possède une solide expérience de chef chantier. Il connaît en particulier, la difficulté à intégrer la prévention dans toutes les phases à risques de la construction. Sa mission première consiste donc à intervenir le plus en amont possible, des phases de travail à risques ce qui nécessite la connaissance non seulement de la technique propre du bâtiment mais aussi de l'organisation du processus de travail.

L'IPRP est ainsi totalement complémentaire de l'équipe médicale dans les actions en milieu de travail, à la demande du médecin ou de l'employeur, avec comme seule règle la circulation de l'information dans les deux sens, sans esprit de hiérarchie, mais avec une solide volonté de synthèse au service des entreprises.

Nous espérons disposer le plus rapidement possible d'un IPRP par équipe médicale. Actuellement nous le partageons...

Au total :

En travaillant, schématiquement, 9 demi-journées par semaine et 45 semaines par an, dans cette nouvelle organisation, notre équipe de deux infirmières et d'un médecin :

- peut prendre en charge un effectif d'au moins 4500 salariés par an :

Nous consacrons 5 demi-journées par semaine aux « visites médicales » sur lesquelles nous convoquons 20 salariés, 10 pour chaque infirmière, soit une capacité de 4500 salariés par an (20x5x45). Le médecin voit tous les salariés en fin d'entretien et signe toutes les fiches d'aptitude, certains de ces entretiens étant assurés essentiellement par lui.

- Nous disposons chaque semaine de 12 demi-journées d'action en milieu de travail (4 pour chaque membre de l'équipe) :

En pratique : une vacation de tiers-temps (pour chacun) peut servir à des activités connexes, à faire le bilan des actions, à déterminer des objectifs, à exploiter des infos saisies en cours de visite médicale et aux retours des actions de TT... Il reste donc 9 (12-3) vacations d'action en milieu de travail par semaine.

Cette organisation de travail offre également une grande souplesse de fonctionnement : si, par exemple, un nombre important d'embauches est à réaliser, une vacation de TT bascule en vacation médicale.

Inversement, si le nombre de sujets à convoquer est en avance sur le planning de fonctionnement, une ou plusieurs vacations médicales seront transformées en action en milieu de travail...

Ainsi donc :

- Nous avons résolu les problèmes d'effectif
- Nous avons développé considérablement l'action en milieu de travail
- Nous assurons déjà une traçabilité correcte
- Et le médecin voit son temps disponible largement augmenté

EN CONCLUSION

L'augmentation des effectifs liée à la quasi-impossibilité de recruter de nouveaux médecins nous a obligés à remettre en question notre mode de fonctionnement.

La construction précise du poste de travail, au cours de l'entretien médico professionnel, complétée par les visites des chantiers, nous paraît l'élément fondamental de notre métier.

La surveillance médico professionnelle qui en découle, n'a de sens qu'à ce prix et nous choisissons l'option de nous concentrer sur elle, quitte à nous éloigner de certaines pratiques de santé publique qui, si elles ne sont pas dépourvues d'intérêt, ne relèvent pas, selon nous, de notre mission première : nous souhaitons sortir d'un système médical basé sur la réparation pour entrer enfin dans la prévention des pathologies et des accidents dus au travail.

Cette approche n'est pas forcément nouvelle mais elle est très, très, très, chronophage, même avec un logiciel informatique adapté. Elle est donc rarement faite.

Le fonctionnement avec 2 infirmières le permet car en fait, chacune ne voit que 6 à 8 salariés par vacation (puisque sur les 10 convoqués certains sont essentiellement pris en charge par le médecin). Cette disponibilité de temps n'est pas habituelle dans les services interentreprises où les effectifs sont en général beaucoup trop élevés par rapport aux populations à risques surveillées. L'intervention en entreprise (à raison de 9 vacations par semaine) complète notre action en favorisant la réduction des facteurs de risques. Ces actions sont orientées par les informations issues des entretiens individuels qui insistent sur la relation activités / dangers et permettent ainsi des conseils adaptés. Nous espérons, à terme, par une présence plus fréquente, développer dans les entreprises une culture de la prévention.

En effet, la nécessité d'améliorer les facteurs d'environnement professionnels est souvent criante, mais les demandes des entreprises auprès de notre SST sont encore beaucoup trop rares. La multiplication de ces requêtes constituerait pour nous un indice que nous sommes sur la bonne voie. Notre souhait est de convaincre nos adhérents que notre rôle de CONSEIL en matière d'amélioration des conditions de travail est aussi important sinon plus que la surveillance médico professionnelle.

Cet exposé résume mon expérience en cours, en tant que médecin du travail de l'Ariège pour le BTP. Il existe certainement d'autres « façons de faire » plus adaptées à d'autres exercices. Pour mon activité dans mon département, compte tenu de la population en charge, il me semble que cette démarche a plus de chances d'améliorer les conditions de travail que la simple surveillance médicale dans le cabinet avec très peu d'informations sur le travail réel.

LES INFIRMIÈRES EN SERVICE INTERENTREPRISES, NOUVEAUX VECTEURS DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

ANNIE RESPAUD, INFIRMIÈRE SRAS ARIÈGE

Je suis, depuis 31 ans, infirmière aux SRAS, Service de Santé au Travail professionnel (BTP) et régional (Midi-Pyrénées). Ce service qui emploie 20 médecins équivalent temps plein couvre 6 départements pour une population de 56 000 salariés répartis dans 6 200 entreprises. Les SRAS ont toujours eu des infirmières (8 équivalents plein temps, depuis de nombreuses années) : tous les examens complémentaires étant compris dans la cotisation, les prélèvements sanguins sont effectués dans le service. Déjà depuis les années 80, j'ai diversifié mon activité en participant à des CHSCT ou en réalisant, par exemple, des métrologies sonores, de la formation de secouriste, de l'ergonomie (enregistrement de fréquence cardiaque associé à un caméscope pour l'étude des phases de pénibilités), ...

LA SITUATION ACTUELLE

L'Ariège est peuplée de 147 000 habitants ; il n'y a qu'un médecin du BTP pour l'ensemble du département. Notre effectif en charge était, il y a quelques années, de 2500 salariés, mais la forte activité du BTP nous fait dépasser le seuil

de 3000. Cette montée en charge est intervenue dans l'ensemble de la région Midi Pyrénées ; il a donc fallu, pour y faire face, réorganiser les secteurs et embaucher des médecins : c'est ce qui a été fait jusqu'à l'an dernier où le service, confronté à la pénurie croissante de médecins du travail, a éprouvé les pires difficultés pour recruter. Cette pénurie étant susceptible de s'aggraver, il nous a fallu réfléchir à un nouveau mode de fonctionnement capable d'y pallier :

Nous avons donc mis en place dans le département un nouveau mode de fonctionnement reposant sur une nouvelle équipe : 1 médecin assisté de 2 infirmières, avec 1 IPRP partagé avec les autres équipes médicales, 1 Assistant Social à temps partiel et 1 secrétaire à temps

Dans notre service, nous travaillons 35 heures, réparties en 9 demi-journées (du lundi matin au vendredi midi) ; jusqu'à présent, 6 demi-journées étaient consacrées (en principe) aux visites médicales et les trois autres au tiers temps. Depuis septembre 2007, la nouvelle organisation de travail est la suivante :

10 salariés par demi-journée sont convoqués en entretien médico professionnel pour chacune des deux infirmières, soit 20 convocations par demi-journée et donc, sur 6 demi-journées, 120 convocations par semaine. Avec 45 semaines travaillées dans l'année, on arrive à un potentiel de 5000 convocations par an (120 x 45). Comme l'effectif actuel en charge est inférieur à 5000, une vacation d'entretien médico professionnel a été supprimée, augmentant ainsi les vacations d'action en milieu de travail (Tiers Temps).

Au total : nous réalisons 5 vacations d'entretiens médico professionnels, au cours desquelles chaque infirmière reçoit 10 salariés, puis les conduit dans le bureau du médecin du travail qui, après avoir décidé s'il poursuit ou non l'entretien, signe toutes les fiches d'aptitude. Ce mode de fonctionnement nous donne un potentiel de convocations de 4500 par an (100 convocations par semaines sur 45 semaines). Il reste donc chaque semaine 4 demi-journées disponibles.

Nous avons très vite décidé d'utiliser le vendredi matin pour réunir l'équipe :

- nous procédons au « débriefing » des actions en milieu de travail menées par chaque membre au cours la semaine qui s'achève (compte rendu de la visite d'entreprise, mise à jour d'informations dans le dossier médico professionnel des salarié et le dossier de l'entreprise...);
- nous essayons de mettre en place une méthodologie d'action écrite, résultant de l'expérience sur le terrain, évitant aux uns de commettre les erreurs déjà commises par les autres, avec comme but de disposer d'un « manuel de bonnes pratiques »;
- nous préparons les actions des semaines suivantes.

Il reste donc pour chacun des trois membres de l'équipe 3 demi-journées soit neuf vacations consacrées aux actions en milieu de travail chaque semaine ! (plus de 400 par an à comparer aux 150 réglementaires !)

Compte tenu de notre capacité de convocation à 4500 par an, de la fréquence et de la gravité des risques dans le BTP, de l'importance d'avoir des contacts réguliers avec chaque salarié pour la mise en évidence de risques émergents, l'évaluation des risques psychosociaux, la mise en place d'indicateurs (par exemple, la prise en compte et la gestion des maladies à caractère professionnel en relation avec les conditions de travail connues...), pour le moment, notre situation nous permet de maintenir une périodicité annuelle à l'entretien médico professionnel.

CONTENU DE L'ENTRETIEN MÉDICO PROFESSIONNEL

Il est facilité par le logiciel informatique créé par le médecin avec qui je travaille. Il a été adapté aux besoins de l'équipe médicale. L'objectif de ce logiciel, pour nous infirmières, est tout d'abord de protocoliser notre conduite à tenir, puis d'être un outil d'aide à la décision.

Mon rôle est tout d'abord de connaître le contenu du poste de travail du salarié à partir d'un thésaurus de poste de travail du BTP : le FAST (Fichier Actualisé des Situations de Travail) issu du GNMST (Groupement National Multidisciplinaire de Santé au Travail dans le BTP). Le salarié validant les différentes activités contenues dans le poste de travail théorique.

Tous les salariés ne sont pas en mesure de nous lister tous les risques auxquels ils sont exposés, par contre, ils peuvent tous nous dire leurs différentes tâches de travail ; le logiciel nous indique alors, à partir des tâches de travail, les risques auxquels ils sont exposés.

Par exemple le travail de démolition avec marteau piqueur : bruit, vibrations et poussières sont les dangers de cette activité. Le deuxième niveau d'interrogation est la prise en compte

des conditions d'exposition avec les mesures préventives mises en place : fréquence d'exposition, existence de protection collective, individuelles (par exemple les EPI : protection anti-bruit, protection respiratoire (fournie : oui ou non ; portée : oui ou non). Le risque résiduel potentiel est ainsi retenu et va conditionner la suite de la visite.

Le logiciel, en fonction des réponses et de la réglementation, propose des examens complémentaires et une conduite à tenir qui sont fonction de la gestion des informations saisies : audiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, fourniture d'EPI adaptés, formation à la gestion de ces risques....

Bien entendu le questionnaire ne se limite pas à ces activités listées. Il commence par l'expression libre du salarié, qui peut révéler une gêne dans son travail ou des problèmes non connus et non spécifiques à son poste de travail.

En plus de la base de données du contenu des postes de travail du BTP, le contenu de tous les tableaux de MP est utilisé :

- Soit l'entrée par les activités : si une activité correspond à une activité potentiellement responsable d'une MP, le logiciel nous indique la pathologie à rechercher : questionnaire, examen complémentaire à prévoir....
- A l'inverse une gêne, un symptôme existant dans un tableau de MP : le logiciel nous indique, à partir des tableaux de MP, les activités potentiellement responsables...

Cette aide à la décision favorise et sécurise nos actions en permettant une plus grande harmonie de nos pratiques.

Une fois toutes ces infos saisies : 15 à 20 min par salarié, (c'est une partie très chronophage surtout lors de la première visite dans notre service), systématiquement est vérifiée l'acuité visuelle de loin (risque routier fréquent dans le BTP) et la tension artérielle avec le pouls par un appareil automatique au niveau du poignet. La fin de l'entretien se termine par une expression libre du salarié pour qu'il puisse aborder des préoccupations qu'il n'aurait pas signalées au début, puis des conseils de prévention issus de la gestion des infos de cet entretien.

Le salarié est accompagné auprès du médecin du travail. Par le fonctionnement en réseau, celui-ci a simultanément toutes les infos saisies à l'écran lui permettant de conclure l'entretien médico professionnel par la fiche d'aptitude, en essayant de ne pas refaire ce que nous avons fait ou de poser d'autres questions que nous devrions poser, sauf si le médecin, par la connaissance de l'entreprise, a la nécessité de compléter l'entretien. De toute façon le salarié peut continuer l'entretien avec le médecin. L'examen clinique et d'autres exa-

mens complémentaires sont réalisés si nécessaire...

Les visites non périodiques : de reprise de travail, de surveillance, sur demande... sont vues essentiellement par le médecin du travail ; notre rôle consistant alors à mettre à jour les infos du dossier : activités, risques, conditions de travail et mesures préventives...

NOUS AVONS ÉVOLUÉ DANS NOTRE PRATIQUE DEPUIS SEPTEMBRE 2007

Au début, nous ne voyions pas les embauches, RT, visites de surveillance, visites sur demande qui étaient prises en charge directement et uniquement par le médecin. Il est vite apparu que la première partie sur la gestion des activités, risques, conditions de travail devait être prise en charge par nous puisque nous allons voir ces entreprises et les conditions de travail lors de nos actions en milieu de travail ; la gestion de ces actions devenait plus cohérente si nous les gérons également lors de tout type d'entretien...

De même, nous avons pensé qu'il serait logique d'attribuer la moitié des entreprises à chaque infirmière et, pour les entretiens médico professionnels, de convoquer les salariés des entreprises affectées à chaque infirmière. En pratique ça ne marche pas. En effet certains jours une infirmière regardait l'autre travailler parce que ses salariés ne sont pas venus : il est difficile de gérer prévisionnellement l'absentéisme.

En pratique : sur 10 sujets convoqués, 6 à 8 sont pris en charge totalement par les infirmières. Et donc le médecin examine totalement 4 à 8 salariés par vacation et signe toutes les fiches d'aptitude ; le médecin prenant en charge les RT, visites de surveillance...

CONTENU DE NOS ACTIONS EN MILIEU DU TRAVAIL

Il est apparu progressivement que c'est la partie la plus importante, par le succès des demandes des entreprises pour nos interventions.

Tout d'abord il faut connaître le profil des entreprises du BTP de l'Ariège : sur les 850 entreprises : 0% d'entreprises de plus de 300 salariés, 0,2% d'entreprises de 50 à 300 salariés, 7,8 % de 10 à 49 salariés et 92% de moins de 10 salariés. Soit 99,2 % d'entreprises sans CHSCT et 92 % sans délégués du personnel. Il n'y a pas, en entreprise, de relais de préventeur au sens de l'article 7 de la Directive de 1989.

Constat de cette situation :

Il est apparu que les TPE sont notre priorité, car même les entreprises avec 40 salariés fonctionnent par petits chantiers de moins de 10 personnes. A l'évidence, il existe dans notre

département un déficit de connaissance du rôle et des missions d'un SST.

C'est ce qui a conditionné le contenu de la première visite en entreprise. Elle essaye d'être systématique pour tous les nouveaux adhérents avant la programmation des entretiens médico professionnels. Le contenu de cette première visite consiste à expliquer notre rôle et nos missions, les domaines où on peut les aider, jusqu'à une fiche d'entreprise qui puisse être la base d'un document unique simplifié...

Le début de la fiche d'entreprise se construit à partir de toutes les infos issues des entretiens médico professionnels, notamment par la partie professionnelle (poste de travail, tâches, danger, conditions d'expositions, mesures préventives, risques et conseils en prévention). Elle est complétée en entreprise.

Une aide à la mise en place d'une démarche de prévention est proposée pour la deuxième visite en entreprise. Cette deuxième visite commence par un diagnostic simple du niveau de prévention des risques professionnels de l'entreprise : par branche professionnelle, l'IPRP et le médecin du travail ont déterminé les 5 premiers risques spécifiques à la profession qui doivent être évalués.

Par exemple, dans les ateliers de menuiserie bois :

- Risque d'exposition aux poussières de bois : existe-t-il une aspiration ? (oui ou non)
- Risque de surdité : existe-t-il des protections collectives (capotage des sources sonores) ou/et des EPI ?
- Risque incendie : est-il géré ? comment ?
- Risque accident machines : les éléments de protections réglementaires existent-ils ?
- Risque chimique : est-il géré ? comment ?

Puis est proposé à ces TPE une aide pour améliorer les conditions de travail par la mise en place d'une démarche de prévention. Elle ne peut se faire qu'à partir d'un engagement de l'entreprise ; l'IPRP intervient alors avec nous pour la mettre en place. L'IPRP du service est un ancien délégué de l'OPPBT (ancien chef de

chantier pendant 10ans + 15 ans d'expérience de préventeur au sein de l'OPPBT). Nous allons suivre cette démarche de prévention et nous pouvons faire appel au médecin et à l'IPRP si nécessaire.

Ce sont les réunions du vendredi matin qui déterminent les orientations en fonction des entreprises...

Tout ceci se met progressivement en place. C'est long parce qu'il faut évaluer les besoins des entreprises, créer des référentiels, les évaluer, les modifier...

BILAN ACTUEL

Il est très favorable. L'image du SST est en train de changer. Les entreprises nous demandent d'intervenir sur leur lieu de travail, ce qui n'était pas le cas pour les TPE. On n'est plus perçu comme l'inspection du travail ou le contrôleur de la Cram...

L'activité en milieu de travail devient, à nos yeux la plus importante, car, pour les entreprises qui nous redemandent, appar it une réelle volonté d'améliorer les conditions de travail. La confiance acquise, ils nous sollicitent sans avoir peur de nous dire qu'ils ne savent pas faire.

Nous avons évolué : au début la métrologie, les rapports de visites nous semblaient importants. En fait, sans accompagnement, ces TPE ne peuvent évoluer : elles veulent du concret, des solutions... C'est la richesse d'un IPRP à double compétence (préventeur et ancien chef de chantier du BTP). Il connaît leur métier et surtout leurs difficultés. Il peut facilement optimiser l'organisation du travail et apporter des solutions techniques d'amélioration des conditions de travail. Ces améliorations sont progressives et ces TPE ont besoin d'aide, d'accompagnement et de reconnaissance pour les progrès effectués. Nos passages réguliers devraient apporter cet encouragement nécessaire. C'est notre perception actuelle, car c'est très progressif. Notre objectif c'est d'inculquer une culture de la prévention par la politique des petits pas.

CONCLUSION

La situation actuelle (pénurie de médecins, forte activité du BTP) limite le rôle du médecin à la prévention secondaire (surveillance médicale des salariés) sans avoir le temps d'agir suffisamment sur le milieu de travail. La difficulté de continuer à fonctionner, nous a obligés à réfléchir à un autre fonctionnement ; non pas seulement pour suppléer une pénurie progressive de médecins du travail mais en s'orientant vers plus de prévention primaire tout en conservant un contact médical annuel (pour les risques émergeants, les risques psychosociaux, la veille sanitaire/travail...).

La délégation de tâches à des infirmières du travail, permet de redéfinir le fonctionnement du SST en orientant nos objectifs vers plus de prévention primaire par la gestion des conditions de travail et la surveillance m dicoprofessionnelle adaptée.

Le contenu de la partie médicale a été redéfini avec comme objectif de mieux faire le lien activité/altération de la santé, en assurant une traçabilité et une gestion des maladies à caractère professionnel avec les activités potentiellement responsables et en espérant anticiper des MP par des interventions plus précoces sur les lieux de travail.

Les actions en milieu de travail sont multipliées par trois : des 150 vacations minimales annuelles d'action en milieu de travail obligatoires pour le médecin du travail, l'équipe médicale peut maintenant réaliser 405 vacations d'actions en milieu de travail, l'objectif étant d'aider ces TPE à améliorer les conditions de travail par la politique des petits pas en s'attaquant aux risques majeurs.

Il faut du temps pour mettre tout ceci en place. Il faut bien déterminer les besoins des entreprises, mettre en place une réponse, faire un bilan et ne pas hésiter à modifier les procédures... Depuis septembre 2007 nous évoluons en permanence. Il faut espérer que l'évolution réglementaire future nous laissera une certaine marge de manœuvre sans quoi, comme très souvent, la réglementation sera inadaptée aux TPE et pour nous c'est notre population.

INTÉGRATION D'UNE INFIRMIÈRE EN PRÉVENTION SANTÉ TRAVAIL DANS UNE ÉQUIPE COOPÉRATIVE MÉDICALE DU TRAVAIL

GILLES ARNAUD, MÉDECIN DU TRAVAIL

MISE EN PLACE DE L'ÉQUIPE : LES DIFFÉRENTES ÉTAPES

Une réflexion commune

Dans un contexte de pénurie annoncée et constatée de la ressource en médecins du travail, le Service de Santé au Travail de la Vienne a mené une réflexion visant à promouvoir la prévention en santé au travail et à donner de nouveaux moyens aux équipes médicales... Il a élaboré des solutions et a étudié leur mise en place. Les acteurs, équipes médicales et direction, ont participé dès 2006 à cette réflexion. C'est ainsi que les débuts ont été menés officiellement en réunion médicale technique, en commission médico-technique (CMT), et en commission de contrôle (C.C). Le médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) a été sollicité et l'association de formation médicale continue du travail (ACTIV-SANTE) a animé un débat entre médecins du travail et infirmières d'entreprise.

L'élaboration d'un projet

Après une pause fin 2007 début 2008 liée à l'attente d'une réforme nécessaire, annoncée à multiples reprises, la phase opérationnelle est lancée à l'initiative de deux médecins du travail de l'association. La rédaction d'un cahier des charges et de protocoles est décidée sous l'égide du comité d'entreprise (CE). Un groupe de travail est constitué, regroupant secrétaires, médecins du travail et infirmières d'entreprise avec pour objectif la validation du cahier des charges et des protocoles. Le projet retenu est présenté et discuté avec la direction. Les différentes instances valident le projet par vote (CE, CMT, ...).

Le projet est présenté à la direction régionale de l'emploi et de la formation professionnelle, DRTEFP début 2008. Malgré de multiples relances et demandes de rendez-vous, le projet ne suscite pas de réaction officielle des services déconcentrés du Ministère du travail. Les

grandes lignes sont également exposées en C.C. et recueillent à cette occasion l'accord des partenaires sociaux. Il s'agit d'un projet qui procède à la délégation de tâches protocolisée dans le cadre d'équipes médicales coopératives de prévention en santé au travail et dont l'application comporte plusieurs étapes.

Les étapes du projet :

1. Embauche et formation d'infirmières

En premier lieu, il procède à l'embauche d'infirmières qui sont issues plutôt du milieu de l'entreprise. Il a été décidé de sélectionner les candidatures spontanées ... et d'offrir aux candidats des conditions de salaire au moins équivalentes à celles de leur poste antérieur, lorsque ceci est possible.

Les acteurs (professionnels et responsables de l'association) ont décidé, en concertation avec les équipes médicales concernées, que les conditions de réussite du projet reposent d'abord sur la formation des infirmières nouvellement embauchées.

Celle-ci comporte dans ce cadre :

- Une formation par compagnonnage à la clinique médicale du travail versus métier d'infirmière en santé travail.
- Une formation initiale de 3 jours : connaissance de la réglementation, des enjeux juridiques et des activités en médecine du travail. Elle est assurée par la direction.
- Une formation, ou un rappel, à la pratique des examens complémentaires en médecine du travail.
- Une formation de niveau licence Santé Travail et/ou à une formation DIUST est mise en place.
- Une formation en bureautique pour l'ensemble des membres de l'équipe...
- Bien évidemment l'inscription aux différents congrès de Santé au Travail

Enfin le pilier de l'expérimentation repose sur le compagnonnage et le tutorat. Pour cela il a

été fait appel à des médecins du travail volontaires et motivés.

Au total, trois infirmières ont été embauchées et, comme prévu par le protocole, sur trois sites différents, des équipes médicalisées ont été constituées, comportant, à cette phase dite d'initiation : deux médecins du travail, deux secrétaires médicales du travail et une infirmière Santé Travail (IST).

2. Des phases transitoires

Cette première phase transitoire doit permettre de passer aux étapes suivantes, qui en termes organisationnels se feront selon le schéma d'évolution suivant :

- Un médecin du travail, une secrétaire médicale du travail, une infirmière santé travail.
- Puis à la phase ultime par la mise en place d'équipes médicales coopératives constituées de : un médecin du travail, une secrétaire médicale du travail, une assistante médicale du travail et deux infirmières santé travail.

Les délais de chaque phase seront appréciés selon les retours d'expériences, les conditions matérielles de l'extension à d'autres équipes et le déficit.

Il est évident que différentes variables sont à prendre en considération afin de valider les deux étapes suivantes. Ces variables sont l'effectif de salariés attribué, le nombre d'entreprises, la charge de travail de la secrétaire médicale (planning, relations avec les salariés et les entreprises...), celle de l'infirmière du travail, le désir de coordination du médecin du travail..., et l'efficacité du système.

LA PHASE OPÉRATIONNELLE : LES CONSULTATIONS MÉDICALES INFIRMIER DU TRAVAIL

Les préalables

Après un mois de prise de connaissance du fonctionnement du service, les premières

consultations partagées entre le médecin du travail et l'infirmière de prévention sont réalisées, selon un protocole personnalisé, simple déclinaison du protocole initialement proposé (annexe 2).

Auparavant, en concertation avec les deux médecins du travail concernés par l'équipe coopérative objet de cette description, un secteur professionnel a été déterminé et affecté, sous la responsabilité du médecin du travail, à l'infirmière santé travail : la moyenne et grande distribution, des entreprises de nettoyage, des entreprises de restauration rapide, des artisans coiffeurs et de la réparation automobile rapide ainsi que quelques autres artisans. Le secteur attribué par chaque médecin de l'équipe comporte des secteurs professionnels semblables. Les chefs d'entreprise ont d'abord été rencontrés par le médecin du travail et l'infirmière santé travail. Ils ont ensuite été informés de manière officielle par courrier signé de la direction et des professionnels de l'affectation d'une infirmière santé travail à leur entreprise sous la responsabilité du médecin du travail. Dans le même temps, des visites des lieux de travail sont organisées où l'infirmière accompagne le médecin, où un responsable d'entreprise est prévenu et rencontré ainsi qu'un représentant du personnel lorsque cela est possible. Dans d'autres cas, l'infirmière accompagne un intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), afin d'assister à une démarche différente d'observation des postes et des lieux de travail.

C'est donc après avoir pris connaissance de l'entreprise (lieux de travail, salariés et leurs représentants et chefs d'entreprise), que les consultations démarrent.

Le déroulement des consultations

Les consultations sont espacées (trente minutes) afin de laisser des temps de discussion et de mise en débat entre les deux professionnels. L'infirmière de prévention en santé au travail assiste aux consultations en observatrice.

Dans un second temps, l'infirmière santé travail procède à des consultations infirmière en présence du médecin du travail tuteur.

Les salariés prévenus acceptent sans réticence ces consultations en tandem.



Les consultations vont donner lieu à diverses possibilités en termes de dépistage, conclusions, orientations, conseils, informations. Pour consulter les détails, il suffit de se reporter à l'annexe n°2.

L'objectif, comme pour le médecin du travail, est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. C'est ainsi que les dépistages et conseils en santé publique sont jugés non prioritaires et ne constituent qu'une retombée favorable et aléatoire des consultations en santé au travail, quelles soit menées par l'infirmière ou par le médecin. Les premières consultations infirmières menées en solitaire par l'infirmière de santé travail font l'objet d'un compte rendu oral au médecin et les difficultés rencontrées sont analysées en commun ainsi que les points positifs tels que dépistages...

Le protocole prévoit que l'infirmière de prévention en santé travail, pourra effectuer des consultations infirmières dans le cadre des visites systématiques principalement. La conclusion écrite de la consultation infirmière est rédigée sous forme d'une attestation de suivi infirmier.

Lorsque l'infirmière rencontre un travailleur en difficultés à son travail, dont le diagnostic et la prise en charge sont jugés impossibles dans l'instant, elle programme un nouveau rendez vous avec le médecin du travail. C'est ainsi qu'un trouble musculosquelettique (TMS), ou un syndrome dépressif lié au travail... feront l'objet d'une nouvelle consultation dans un délai raisonnable. Cette prise de rendez vous, qui représente une étape importante de l'activité médicale du travail de l'infirmière santé travail, est formalisée. A noter qu'il n'est pas précisé que cette nouvelle consultation se fera avec le médecin du travail et la classification est « visite à la demande ».

La coordination du projet

Des rencontres sont programmées entre les membres des équipes avec pour objectifs : la coordination entre les équipes, la construction des plannings, et surtout, la mise en débat des observations de chacun, des dépistages, des actions de prévention possibles en santé travail, des approches cliniques respectives. Ces réunions concernent soit l'ensemble des acteurs des trois équipes soit les acteurs d'une seule soit l'infirmière et le médecin du travail sur des questions ponctuelles. L'espacement maximum des réunions formelles est fixé à quinze jours ; mais les contacts informels sont très fréquents voire quotidiens selon les besoins ; sachant que le médecin du travail est constamment joignable.

Particularités du projet

- La protocolisation est légère, afin de préserver le maximum de marges de manœuvre

.C'est ainsi que les acteurs s'adaptent à chaque situation nouvelle inattendue. Par exemple : que faire en cas de découverte d'un TMS par l'infirmière ? Que proposer dans une situation nécessitant un maintien dans l'emploi ?

- Un des deux médecins est trois jours par semaine en entreprise, libérant ainsi un temps équivalent de secrétariat qui est attribué pour partie à la mise en place des nouvelles méthodes de travail.
- L'expérimentation ne concerne pas les entreprises qui, de par la réglementation, emploient une infirmière d'entreprise.
- Le dossier médical continue d'être renseigné par la secrétaire du côté médico administratif, et celle-ci pratique les examens complémentaires nécessaires.

LES PREMIERS CONSTATS

Cette nouvelle manière de travailler présente des points positifs qui sont mesurables quelques mois après le début de cette nouvelle approche de la prévention en santé travail.

En premier lieu on peut remarquer les apports complémentaires, ou supplémentaires, en prévention santé travail au bénéfice de la santé au travail des salariés représentés par notamment un temps consacré à l'information sur les dangers au travail, à la mise en œuvre des protections collectives et individuelles, à l'information sur les risques de maladies professionnelles et sur leurs symptômes ...

Les consultations infirmières dégagent du temps au bénéfice du médecin du travail ; temps précieux qui peut être utilisé pour des actions en milieu de travail, des mises à jour de connaissance, le travail sur des enquêtes en santé travail....

Les consultations infirmières permettent par voie de conséquence de mettre à jour la conformité du secteur par rapport à la réglementation (réalisation des fiches d'entreprise, action en milieu de travail priorisée, écriture des différents rapports réglementaires, consultations systématiques en temps et en heure)...

Les travailleurs eux même expriment leur satisfaction d'une meilleure prise en charge reposant sur davantage de présence médicale sur les lieux de travail et en consultation. Après quelques mois, on ressent, de la part des intéressés, une analyse portant non pas sur le statut du professionnel (ai-je affaire au médecin ou à l'infirmière ?) mais sur la contribution à la prévention en santé au travail.

Les entreprises ne manifestent pas de résistance ni de défiance et notent l'apport réalisé par cette nouvelle approche en termes de mise en conformité par rapport à la réglementation et de meilleure prise en charge des questions de santé au travail en termes de conseils...

C'est bien dans cet ordre que les entreprises se prononcent. Il y a bien de leur part une forte

demande de mise en conformité au sujet des consultations systématiques et des documents réglementaires. A noter cependant, qu'il n'y pas encore eu de demandes susceptibles d'être conflictuelles de la part de l'infirmière (portant par exemple sur l'organisation du travail). Cela n'est qu'une affaire d'opportunité et de délais, car, en la matière, les mêmes causes produisent les mêmes effets.

Du côté du médecin du travail, il apparaît que la nature des consultations est appelée à évoluer vers davantage de rendez vous à la demande et surtout de visites de reprise.

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CETTE COOPÉRATION ?

Les difficultés

Un point délicat est représenté par les difficultés d'organisation des plannings. La gestion des emplois du temps des cinq membres de l'équipe coopérative est compliquée et ce d'autant plus qu'il y a un effort de formation important et de nombreuses occasions de retours d'expérience.

Le problème réglementaire est de nature difficile et représente un écueil majeur. En effet, la question de l'innovation, de la recherche de solutions face à des injonctions paradoxales réglementaires posent plusieurs types de problème :

- Peut-on impunément mettre en place de nouvelles approches qui sont, de fait, hors la loi ?
- Doit-on continuer à ne pas respecter la loi et se mettre hors la loi, par la « force des choses » ?
- Face à des formalités réglementaires insolubles, la question du travail prescrit et du travail réel en médecine travail prend tout son sens.

Le travail prescrit fait référence aux obligations réglementaires ; or l'expérience nous montre aujourd'hui qu'elles sont inapplicables et que les médecins du travail font constamment des arbitrages et établissent des priorités. Ce qui constitue la majeure partie du travail réel.

Est-il étonnant, dans ces conditions, que des professionnels, à la barbe des autorités de contrôle et de certains partenaires sociaux, soient force d'innovation, de proposition et plus ?...

Les apports favorables

Tout d'abord, il faut souligner que cette intégration s'effectue à effectif constant sur des secteurs, certes surchargés par rapport à la réglementation, mais sans atteindre les trois chiffres plafonds, puisque les effectifs attribués sont aux alentours de 2600 à 2700 salariés.

Cette condition est fondamentale puisqu'elle permet d'éviter les arbitrages entre les actions à prioriser, elle laisse du temps pour la réflexion, dégage le temps nécessaire à la for-

mation, notamment par compagnonnage, pour la mise en débat des observations et permet d'envisager l'objectif final avec sérénité et lucidité. Le deuxième avantage est représenté par le fait de travailler deux médecins du travail avec une infirmière, ce qui permet de confronter les pratiques et surtout d'alléger l'effort de formation et d'organisation.

C'est ainsi qu'on observe que l'organisation de la prévention santé travail sur le modèle de certaines équipes de soins est également adaptée à la spécialité médecine du travail. On va d'un exercice individuel aux pratiques un peu secrètes, vers une prise en charge globale et dévoilée des problèmes de santé au travail individuels et collectifs. Il est possible que cette nouvelle approche soit favorable à la prévention en santé travail et permette, dans un contexte de pénurie aggravée de médecins en général et de médecins du travail en particulier, de préserver, voire développer, l'approche spécifique française reposant sur la clinique médicale du travail. L'apport de deux regards du même point de vue de la prévention médicale en santé au travail est très riche (les travailleurs ne disent pas, ne dévoilent pas les mêmes problèmes au médecin et à l'infirmière ; les observations sont complémentaires...)

La question des pratiques

Le tutorat et le compagnonnage sont des expériences très enrichissantes pour le médecin du travail obligé de mettre en visibilité ses pratiques et son métier. Ce n'est pas une mince affaire dans une profession où les savoir faire et les faire savoir sont plutôt cachés.

Un point majeur, un peu inattendu du côté du médecin du travail, concerne les différences dans l'approche clinique entre le médecin du travail et l'infirmière santé travail.

Le médecin du travail a développé un sens du diagnostic, qui constitue son mode principal d'approche de la médecine et de la santé au travail. Pour le médecin du travail, une démarche de prévention débute par une analyse de la situation qui ressemble fort à une démarche diagnostique et se poursuit par des conseils qui constituent souvent une prescription (avec tous les problèmes posés par l'amputation de l'action de prescription chez un professionnel qui a été formé longuement et parfois qui a appliqué la méthode « prescrire »).

L'infirmière santé travail procède différemment ; elle débute par l'écoute et réfléchit dès le début à : comment prendre soin de cette personne ; comment lui apporter réconfort, aide, appui, appliquant de son côté son expérience et sa formation aux soins.

Il y a donc une différence fondamentale qui, du point de vue de la prévention en santé travail, constitue une complémentarité (nous sommes loin des phantasmes, entendus souvent, de l'infirmière qui va prendre la place du médecin

du travail ou qui va jouer au docteur...).

Ce qui est important c'est de pouvoir analyser cette complémentarité et de pouvoir la décliner en termes d'efficacité de la prévention en santé travail.

Il y a certainement moins d'efforts à mettre en œuvre pour l'écoute des salariés de la part de l'infirmière santé travail que de la part du médecin du travail ; inversement l'analyse des situations notamment du point de vue clinique est source d'insécurité voire d'inquiétude pour l'infirmière santé travail.

Le rapport au corps est différent. Le médecin du travail palpe, l'infirmière regarde. Le médecin du travail enquête sur ce qu'il ne voit pas par le toucher, les manœuvres spécifiques... L'infirmière observe et mesure la douleur, le bien être en regardant le sujet, en verbalisant et en permettant la parole.

La position de conseiller

Il semble, après quelques mois, que certains conseils de prévention pragmatiques (prendre soin de l'ouïe etc.) soient ressentis avec davantage d'intérêt lorsqu'ils sont prodigués par l'infirmière. Dans le domaine du port des EPI, le conseil de prendre soin est plus pertinent que celui du diagnostic ou du pronostic.

Enfin la question de l'action en milieu de travail pose des questions à l'infirmière. Certes, lorsqu'elle est issue de l'entreprise, le CHSCT ne lui est pas étranger, mais la confrontation à des risques et à leur identification et leur prévention, dans des entreprises multiples et variées, nécessite un apprentissage ; le tutorat prend encore une fois toute sa valeur, avec une nécessité de formations complémentaires.

CONCLUSIONS / PERSPECTIVES

Dans le cadre de la réforme annoncée de la prévention en santé travail et de la médecine du travail, les partenaires sociaux sont appelés à se prononcer et à proposer des transformations d'un système qui a pris véritablement naissance avec la loi de 1946 et qui est à bout de souffle. A côté des grandes orientations politiques concernant respectivement la gouvernance, le financement et la collecte des cotisations, la transcription réglementaire de nouvelles approches reposant sur des règles de métiers (enrichies par l'apport des solutions trouvées aux difficultés de terrain rencontrées par les professionnels) peut constituer un apport considérable à une nouvelle prévention en santé au travail.

En conséquence, le travail en équipes médicales coopératives constitue une nouvelle approche qu'il faut faire connaître aux partenaires sociaux et aux ministères afin qu'ils s'en emparent.

Il existe d'autres retours d'expériences possibles dont il est nécessaire d'effectuer une méta analyse afin de prendre en compte une vision globale de cette problématique.

ANNEXE N° I

EXTRAITS DU PROTOCOLE INITIAL
(Concerne les trois expérimentations)**Glossaire :**

- MST : médecin de santé au travail
- AMT assistante médicale du travail

- IST : infirmière de santé au travail
- IPRP : intervenant de prévention en risques professionnels
- SST service de santé au travail

Activités de l'IST :

L'IST n'a pas à faire de tri : elle recueille des connaissances sur l'entreprise et les postes de travail pour réaliser avec les salariés des **consultations de suivi infirmier** utiles et informatives pour les salariés, les employeurs et le MST et être reconnue comme infirmière de **santé au travail**.

L'IST aide le MST pour une meilleure prise en charge de la santé des salariés (actes médicaux, paramédicaux et de prévention) ; dans le respect de son niveau de compétences et de responsabilité.

1. Consultation de suivi infirmier

→ *Salariés vus par l'IST :*

L'IST reçoit en consultation de suivi infirmier des salariés exerçant une activité professionnelle dont elle a une connaissance de terrain.

Compte tenu de la réglementation actuelle, la fiche d'aptitude existe toujours, L'IST ne peut pas en rédiger.

Il n'est donc pas envisageable, pour cette raison et pour un suivi des salariés le meilleur possible, que l'IST effectue notamment les visites d'apprentis, les visites d'embauche, les visites de reprise, les visites de reprise.

L'IST pourra effectuer :

- des visites périodiques dont la périodicité sera définie lors des visites d'entreprises et des études des postes de travail.

- les visites à la demande du salarié ou de l'employeur, si l'AMT pense que la demande est plus d'ordre socio-familial que médical.

→ *Contenu de sa consultation de suivi infirmier avec le salarié :*

- **Contenu permanent** : biométrie éventuelle, prise de tension permettant d'amorcer l'interrogatoire qui comprend en particulier les éléments médicaux et personnels marquants depuis la précédente visite; recherche de l'apparition d'éléments pouvant entraîner une modification de l'aptitude ; recherche de modifications des conditions de travail et/ou de vie.

- **Contenu spécifique**, fonction du poste de travail et de l'entreprise, défini par le médecin du travail lors des études de postes de travail conjoints : notamment recherche de symptômes fonction de l'exposition aux risques professionnels et ne nécessitant pas d'examen organique.

- Les **examens complémentaires** (voir ci dessous)

- L'IST peut donner des **conseils de prévention individuels** en rapport avec le poste de travail (sommeil, protection individuelle contre les risques professionnels,...).

→ L'IST remplit à chaque consultation une « **fiche de suivi infirmier** »

Cette fiche ne doit pas prêter à confusion avec celle rédigée par le MST, pour le salarié comme surtout pour l'employeur : format, couleur, intitulé,...

→ **Dossier médical** : l'IST inscrit **le contenu de sa consultation de suivi infirmier** dans le dossier médical actuel mais avec un **cachet bien individualisé** de celui du MST.

→ L'IST peut reconvoquer pour elle même le salarié.

→ Sera ajoutée, si besoin, au dossier médical actuel, une « feuille volante » de couleur sur laquelle MST et IST noteront les informations utiles.

→ **Durée** de la consultation de suivi infirmier : elle sera à définir par l'équipe en fonction de son contenu et des examens complémentaires éventuels. Dans cette période d'expérimentation, l'IST aura une activité probablement nouvelle pour elle, elle ne connaîtra pas les salariés, sa connaissance de l'entreprise, des postes et des risques professionnels sera trop succincte pour lui autoriser des raccourcis, son activité sera essentiellement basée sur l'entretien ; on peut penser que 8 salariés par demi-journée est un maximum durant cette phase.

2. Examens complémentaires

- Ceux prescrits par le MST lors de ses VM continuent à être réalisés par son assistante et interprétés par lui.

- L'IST **effectue et interprète les examens complémentaires** lors de ses consultations de suivi infirmier, le type d'examens complémentaires et la périodicité en étant préalablement définis avec le MST.

L'IST interprète afin que le salarié en ait le résultat en temps réel et que le MST ne reçoive pas tous les examens complémentaires à interpréter a posteriori avec la contrainte, pour lui, le salarié et l'employeur, de reconvoquer le salarié en cas de besoin.

- L'IST peut aller en entreprise pour réaliser et interpréter les examens complémentaires définis par le MST

- L'IST peut décider occasionnellement de réaliser un examen complémentaire parmi ceux pratiqués en interne : audiométrie, spirométrie, visiotest ou ergovision. Cela peut se passer notamment si, lors de l'interrogatoire, elle s'aperçoit que les conditions de travail du salarié ont évolué et que ce dernier est nouvellement exposé à un risque professionnel. Il est bien évident que si l'IST estime que cette expo-

sition peut avoir des conséquences graves, soit elle en parle au MST, soit elle demande au MST de revoir le salarié. Mais elle ne peut pas prescrire d'examen complémentaire réalisé en externe (radio pulmonaire, bilan sanguin,...).

- L'IST peut pratiquer les prélèvements biologiques (notamment prises de sang et d'urines) nécessités par les examens complémentaires prescrits par le MST (exemple : surveillance de l'exposition au plomb, aux rayonnements ionisants,...).

3. L'IST doit connaître l'entreprise dont elle rencontre les salariés

- Nécessité d'une visite conjointe de l'entreprise pour :

- Connaître l'entreprise et les postes de travail : Pour pouvoir parler avec les salariés, comprendre le contenu des « visites de suivi infirmier », notamment dans sa partie spécifique au poste de travail ;
- Rencontrer les différents responsables
- Être perçue comme une infirmière du travail appartenant à une équipe médicale

- La visite d'entreprise sert aussi à expliquer à celle-ci le fonctionnement de l'équipe médicale

- L'IST aide le MST pour les conseils aux entreprises qu'elle connaît pour la définition des conduites à tenir en cas d'accidents.

- **L'IST assure éventuellement le suivi des avis médicaux** : sont-ils suivis d'effets sur le terrain et si non pourquoi ?

- Suivi des restrictions d'aptitude
- Suivi des demandes d'améliorations de poste de travail

4. Participation aux réunions :

- Aux CHSCT des entreprises : en fonction des questions traitées et du degré d'implication de l'IST dans l'entreprise concernée;

- Réunions MST/IPRP

- Réunions de coordination (de pilotage) de l'équipe : systématique, 1h à 1h30 le jeudi de 15h45 à 17h15

- bilan de la semaine : général ; cas particuliers qui n'auraient pu être traités au fil des jours, ... ; actions à mener en entreprise ; actions à mener pour tel ou tel salarié ; ...
- bilan des interactions MST/AMT/IST
- programme de la semaine suivante
- mise à jour du planning à plus long terme

5. Liaisons particulières MST/IST :

- Problèmes individuels des salariés, définition de la prise en charge,

- Informations collectives glanées au fil des « visites de suivi infirmier » : conditions de travail (générales ou à un poste de travail donné, physiques et/ou mentales), évolution de l'entreprise,...
- À la fin de chacune de ses visites médicales, le MST remplit un petit tableau indiquant la périodicité des visites par lui-même et l'IST pour une période d'au moins 4 ans, ainsi que celle des examens complémentaires utiles.

6. Liaisons avec les infirmières d'entreprise :
Pour les salariés d'une entreprise ayant leur propre infirmière, les activités de cette dernière et

les interactions avec l'IST ne peuvent être définies uniformément ; elles seront à définir au cas par cas. Les infirmières d'entreprise ne sont pas des IST.

7. Liaisons IST avec les autres intervenants potentiels :

- Avec organismes sociaux : SAMETH, assistantes sociales (CRAMCO, DDASS,...), organismes s'occupant des diverses addictions,...
- Avec les organismes de contrôle et/ou de prévention : inspection du travail, service de prévention de la CRAMCO,...

Ces liaisons sont bien entendu possibles ; par contre les salariés ne peuvent être orientés vers ces structures qu'avec l'accord du MST ou à sa demande.

8. IST et vaccinations :

L'IST peut pratiquer les vaccinations réglementairement obligatoires pour certains postes de travail, mais sur prescription du MST.

9. Participations à d'autres actions :

Par exemple enquêtes et études : après décision du MST d'y participer.

ANNEXE N° 2

EXTRAITS DU PROTOCOLE DE DÉBUT DE L'ACTIVITÉ EN ÉQUIPE MÉDICALE COOPÉRATIVE (Concerne l'expérimentation décrite)

ACTION MEDICALE

Type visite médicale :

- VE visite d'embauche (intérimaires compris) :
- **Médecin du travail.** Cette visite permet d'établir la périodicité et les examens de suivi
- **VR Mat** visite de reprise après arrêt maternité :
- **Infirmière de prévention en santé travail** (à discuter au cas par cas)
- **VRAT** visite de reprise après accident du travail ou **VR Maladie** visite de reprise après arrêt maladie: **Médecin du travail**
- **Visite de Pré-reprise : Médecin du travail**
- **Visite systématique :**
 - **Infirmière IST =**
 - si SMR : 1 fois tous les 2 ans
 - si non SMR
 - **Médecin du travail =**
 - si SMR : 1 fois tous les 2 ans
 - si non SMR : 1 fois tous les 3 à 4 ans.
- **VDM ; VDI ; VDE : Médecin du travail**
- **Visite à la demande de l'infirmière : Infirmière en santé travail**

Consultation infirmière

- Accueil
 - vision
 - analyse urine
 - ± audio
 - ± EFR
- } Secrétaire

1) Mettre l'accent sur la prévention des risques

- l'infirmière connaît l'entreprise
- l'infirmière est sensibilisée aux risques du poste
- l'infirmière oriente sa consultation sur le dépistage des MP et troubles en relation avec les risques et informe le salarié sur les risques
- l'infirmière fait de l'éducation à la prévention en rapport avec les risques du travail

- l'infirmière informe le médecin W sur les symptômes

2) Débuter par l'entretien médico-professionnel

- arrêts maladies - AT - depuis la dernière fois
- quelle est l'activité du salarié dans l'entreprise ? Horaires de travail ?
- quels sont les risques du point de vue du salarié
- questions sur les symptômes médicaux professionnels, traitement en cours, tabac, addiction, VAT

3) Examen :

- poids
- TA - Pouls
- doigts sol (si manutention - effort physique)
- dynamomètre mains pour dépistage épicondylite
- Indice de Masse Corporelle
- inspection mains et avants bras
- conduit audio externe (si audio)
- test de conflit des épaules (selon formation)
- cavité buccale
- questionnaire professionnel (type coiffure)

4) Examens complémentaires

- EFR selon les risques
- Test vision couleurs (Test FANWORTH désaturé)
- Audio (si la secrétaire n'est pas disponible)
- Débit de pointe

5) Explication examens complémentaires :

- vue
- analyse urine

6) Information et éducation du salarié sur les risques de son poste de travail et de l'entreprise : manutention, bruit, TMS, nutrition, sommeil...

7) Remise de documents écrits de prévention selon les risques : remise d'un courrier type d'orientation vers un médecin traitant (hématurie, HTA, modifications du poids...)

8) Attestation de suivi infirmier

ACTION EN ENTREPRISE

- 1) Connaissance de l'entreprise, des postes, de l'activité
- 2) Réunion de CHSCT
- 3) Participation campagne de prévention (solicitation de partenaires)
- 4) Préparation à la rédaction fiche d'entreprise
Si difficile => orientation IPRP
- 5) Informer le médecin du travail sur la nécessité de mesures physiques
- 6) **Formation information** des salariés sur les risques (bruit, EPI)
- 7) Aide IPRP sur une action précise du secteur (questionnaire WOCCO)
Etude de poste - Métrologie

ACTION « CONNEXE »

- Participer aux réunions techniques (tous les 15 jours)
- Réunion hebdomadaire médecins-secrétaires et infirmières (jeudi 16H-17H20) première le 15 janvier 2009
- Recherche :
 - proposition de rédaction de documents destinés aux salariés (prévention des risques)
 - type d'EPI
 - écran de visualisation
 - risque chimique...
- Possible relation avec les pôles techniques

LA COOPÉRATION MÉDECIN-INFIRMIER DANS LE SUIVI SANTÉ-TRAVAIL, ÇA PEUT MARCHER !!

VÉRONIQUE BACLE, CONSEILLÈRE TECHNIQUE, INFIRMIÈRE EN SANTÉ AU TRAVAIL

LE SNPST, PRÉCURSEUR ?

Nous avons proposé, dans le cadre de l'évolution Santé Travail, un schéma d'équipe médicalisée¹. Au sein de cette équipe, deux professionnels de santé : médecins et infirmiers agissent en complémentarité, comme en milieu de soins.

Beaucoup de questions se posent encore sur l'étendue du rôle infirmier, le cadre de ses compétences et responsabilités, ainsi que la nature et la qualité des informations transmises au médecin du travail.

Mais si l'on se réfère au Code de la Santé Publique qui règlemente la profession d'infirmier², et plus particulièrement l'Article 5 du décret de compétences, nous pouvons remarquer que le champ de celles-ci est déjà large :

- « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information... »
- « recueil des observations de toute nature susceptible de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne... »
- « Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire... »

Les informations recueillies par un infirmier, **formé en santé travail**, sont donc précieuses... les entretiens infirmiers entrent déjà dans la définition de son métier !

Ces compétences sont complétées, toujours dans le Code de Santé Publique, par des **règles professionnelles** (secret professionnel, obligation de se former...), et donc une responsabilité³ qui est une dimension importante à prendre en compte, mais aussi un gage d'autonomie.

PETITE ENQUÊTE...

Nous constatons l'embauche d'infirmiers dans les services interentreprises, outre les trois expérimentations « autorisées » par le Ministère, avec des missions et des pratiques très diverses..

→ Soit l'embauche des infirmiers est envisagée en fonction de la pénurie, et donc en « compensation » de médecins.

- Certaines missions n'ont rien d'innovant, et « attendent la réforme ». C'est très frustrant pour les collègues infirmiers cantonnés à des actes paramédicaux techniques, sans lien avec le milieu de travail ni réelle action santé travail. Un point positif cependant : ces collègues sont souvent en formation. Ce ne serait donc qu'un peu de patience...

- Ailleurs, des entretiens infirmiers ont lieu, mais sans coopération réelle avec les médecins, en suivant une trame variable selon les services. Sans nier l'abord infirmier qui est intéressant, ces entretiens permettent de compléter des visites médicales réglementaires, mais n'enrichissent pas le suivi de santé au travail.

→ Soit l'embauche est pensée dans le cadre d'une équipe et l'action des infirmiers est intégrée dans une mission et apporte « un plus ».

- Par exemple, une équipe de 3 personnes (1 médecin, 1 infirmier, 1 secrétaire) pour un secteur de 3600 salariés, où l'infirmier réalise des visites d'entreprise avec ou sans médecin, participe à des CHSCT avec le médecin, réalise des examens complémentaires sur prescription, réalise des entretiens infirmiers pour des entreprises ciblées

- Ou encore une équipe de 4 médecins et 2 infirmiers réalisant des entretiens en lien avec des actions en milieu de travail, sur un secteur défini, avec un retour de synthèses aux médecins et des rencontres prévues dans les semaines de travail.

- Certaines fonctions, qui n'existaient pas en services inter (mais se font déjà en entreprises), sont effectuées par les infirmiers : suivi de salariés en difficulté de santé, demandés par le médecin ; actions d'éducation santé (là aussi, c'est dans le décret de compétences) et d'information sur certains risques, avec le lien travail santé

- Il existe aussi des approches coopératives en services autonomes : par exemple, suivi des salariés travaillant la nuit, ou soumis à certains risques (bruit, produits chimiques..)

CONSTAT...

Si l'on fait faire à l'infirmier ce que ne peut plus faire le médecin, cela ne marche pas... Cela marche quand il y a un projet, quand la place des uns et des autres est bien définie, sans risque juridique, et quand la coopération est formalisée : binôme ou équipe réduite, transmissions, évaluation des pratiques.

Cela marche quand on s'appuie sur les compétences infirmières, et que cela apporte une valeur ajoutée à l'action de l'équipe de santé au travail : nous avons vu que, de part son rôle propre, l'infirmier amène une approche complémentaire au suivi de santé des salariés, en plus du rôle sur prescription comme les protocoles particuliers liés à certains risques.

Les retours des expériences les plus positives nous montrent que :

- Pour les infirmiers, la réalisation des entretiens, reliée à la connaissance du terrain et à une formation spécifique, est un retour à leur « cœur de métier » : observation, écoute, conseils...
- Pour les médecins, le retour des observations infirmières enrichit et complète le suivi de santé et leur permet de s'assurer que la mission d'information et d'éducation à la santé est assurée.

A SUIVRE...

Le Ministère a procédé à une évaluation des 3 expérimentations en Février, et cette évaluation s'est révélée positive. Des préconisations devraient être publiées, et nos informateurs secrets nous précisent que d'autres expérimentations, sur la base de projets solides, sont et peuvent être autorisées.

Bien entendu, nous espérons une réforme...ambitieuse...à la hauteur des enjeux actuels en santé au travail et des attentes des salariés et des professionnels ...

1 « Equipes médicales coopératives : propositions du SNPST » Avril 2007 et « Pour une nouvelle prévention en santé-travail » Mars 2008 www.snpst.org

2 Code de la Santé Publique- www.legifrance.gouv.fr

3 Dossier « Responsables ...et capables ! » P.26 à 30- Infirmière Magazine N°247- Mars 2009

PRATIQUES INNOVANTES

DES INFIRMIÈRES EN SANTÉ TRAVAIL :

DES PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION.

MARIE-CHRISTINE CABRERA LIMAME, IST, ÉLUE AU BUREAU NATIONAL DU SNPST.

LES CONSTATS

Nous constatons, à travers de nombreux contacts professionnels et syndicaux, la souffrance identitaire des infirmier(e)s de santé au travail (IST) en France.

En effet, IST : ça n'existe pas ! Le seul texte de référence spécifique à notre exercice, la circulaire OHEIX (Circulaire T.E. n° 25 du 25 juin 1975 relative au rôle du personnel infirmier d'entreprise en médecine du travail) est obsolète et inadaptée à notre pratique en entreprise.

Il n'existe, à ce jour, aucun texte réglementaire pour encadrer les missions de nos collègues en service inter entreprises. La plupart des médecins du travail méconnaissent ou ignorent le rôle propre infirmier.

Des expérimentations se font dans la clandestinité. Deux MIRTMO (Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail et de la Main d'Oeuvre) sont montés au créneau pour empêcher des entretiens médico professionnels en évoquant l'exercice illégal de la médecine.

Des infirmiers ont contribué à la création du DIUST (Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail). Mais ...

- Cette formation, axée sur la médecine des risques professionnels, a fait de nous des techniciens de la métrologie, de l'épidémiologie, de l'hygiène industrielle. Bref, de petits IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels). Face à cet éparpillement, de plus en plus de collègues éprouvent le besoin de revenir à notre cœur de métier : la clinique. La clinique est l'ensemble des données obtenues par l'observation des malades. Le clinicos était le médecin qui se

penchait sur le malade, à son chevet. Mais en français, se pencher ne désigne pas seulement une posture physique, c'est aussi porter intérêt, s'occuper de ...

- Les IST ne se sont pas approprié la formation, restée entre les mains des enseignants universitaires. Elle répond donc aux besoins des employeurs, pas nécessairement à ceux des professionnels du terrain.

LES PISTES DE RÉFLEXION ET D'ACTION

Fort de ces constats, voici des pistes de réflexion et d'action pour contribuer à la construction du métier d'IST :

- Des expériences novatrices issues du terrain se mettent en place, notamment en service inter, à partir de la réflexion sur le travail en équipe médecin/infirmier. Notre syndicat collecte les informations, les fait circuler et les met en débat.

- Un groupe de travail réfléchit, au sein du SNPST, à la formation des IST. De quels besoins part-on ? A quelle vision de l'IST faisons-nous référence ? De quel dossier médical parlons-nous ?

- Un GAPEP infirmier (Groupe d'Analyse des Pratiques Entre Pairs) a démarré autour de la clinique du travail, l'occasion pour nous de définir son contenu, ses moyens, ses objectifs. Cette évaluation des pratiques professionnelles entre pairs participe à l'élaboration de notre rôle et de nos missions.

- Un forum des connaissances démarre sur Internet : cet Espace Virtuel Infirmier en Santé Travail (EVIST) est un outil d'information, de communication et d'élaboration col-

lectives. Centré sur les pratiques en santé travail et sur la clinique infirmière, EVIST propose une dynamique d'échanges et de construction de la culture infirmière.

- Face aux besoins de formation à l'entretien médico professionnel, la création d'un nouveau module d'enseignement en 2008 à Lille et à Tours est une première étape. D'autres opportunités de recherche et d'enseignement à la clinique sont en gestation.

EN CONCLUSION...

Compte tenu de la démographie médicale, le Ministère du Travail et les partenaires sociaux sont ouverts à l'évolution de notre fonction dans le cadre du projet de réforme de la médecine du travail.

L'obligation de formation des IST serait un premier pas. Mais la définition des missions reste la grande inconnue ... tandis que l'Inspection médicale du travail se limite aux expériences officielles de Lille et Bordeaux ! La reconnaissance des compétences infirmières n'a pas encore été abordée.

Les professionnels de la santé au travail doivent donc être très vigilants en défendant notre position et en contribuant au débat, pour ne pas transformer les IST en « sous médecins » qui feraient de la « sous aptitude » ou en IPRP ...

Pour cela, nous allons poursuivre la réflexion sur le travail au sein des équipes médicales coopératives et définir des modes de transmission de savoir, d'information dans le cadre du travail en équipe.

La situation est grave, mais pas désespérée !...

ITINÉRAIRES PROFESSIONNELS ET ATTEINTES À LA SANTÉ

INTÉRÊT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL

CHRISTIAN TORRES, MÉDECIN DU TRAVAIL

Les questions d'usure et d'itinéraires professionnels sont, le plus souvent, abordées macroscopiquement sous la forme d'approches statistiques. Pour les praticiens de terrain, ces données, qui sont éloignées du contexte de l'entreprise et des situations concrètes de travail, sont peu opérantes pour engager des actions de prévention. Nous proposons, à travers l'histoire de Monsieur V., de montrer l'intérêt de l'approche des itinéraires professionnels par une clinique médicale du travail¹ attentive à l'ancrage corporel des dispositifs techniques ; approche qui permet de comprendre le rôle des changements organisationnels dans la genèse de certaines affections et, le cas échéant, de proposer des actions de prévention.

Illustration clinique : Monsieur V.



Après avoir obtenu son CAP de mécanicien poids lourds, Monsieur V a travaillé pendant trois ans dans une succursale d'engins agricoles. En 1979, à son retour du service militaire, il passe et réussit le concours de mécanicien PL dans cette grande entreprise de transports en commun.

De 1979 à 1984, il est affecté à la station service du dépôt de bus. Il est alors chargé de l'entretien courant des véhicules. En 1984, sur les recommandations de son chef d'équipe, il intègre l'équipe des diesélistes de l'atelier central. Remarqué par sa hiérarchie pour ses

compétences en matière de réparation des moteurs diesels, il devient, en 1989, responsable de l'équipe chargée du dépannage des autobus.

Pendant cette période, où il est chargé de l'équipe de dépannage, je l'ai examiné à plusieurs reprises. A cette époque, il présentait une élévation modérée des transaminases². L'hypothèse d'une souffrance hépatique par exposition aux solvants est évoquée. En effet, au cours de son activité professionnelle Monsieur V. utilisait une "fontaine à solvants" pour nettoyer les pièces mécaniques avec du perchloréthylène. Mais cette hypothèse d'une hépatite toxique au perchloréthylène a rapidement été éliminée en raison d'une absence de corrélation entre exposition au solvant et élévation des transaminases. La ponction biopsie

du foie, réalisée en septembre 1998, s'est révélée normale. Il a été conclu à une élévation inexplicite des transaminases. Une surveillance biologique annuelle montrera une élévation légère et stable de ce paramètre biologique. A cette époque Monsieur V. était un homme plutôt gai, épanoui, parfois jovial. Ces traits de caractère conduiront le

gastroentérologue à évoquer une consommation excessive d'alcool inavouée comme étiologie à cette élévation modérée des transaminases.

A plusieurs reprises, Monsieur V. nous accompagnera dans son atelier lors des activités de "tiers temps"³. Sa connaissance du métier sera toujours une précieuse source d'informations. Régulièrement, il nous préviendra de l'introduction de nouveaux procédés ou des changements de produits chimiques dans son atelier. Très attaché à la prévention des risques pro-

fessionnels, il nous facilitera toujours l'accès à son service.

En 1999, pour réduire les effectifs des ateliers, la Direction décide de mutualiser les équipes maintenance et dépannage. Plusieurs emplois du garage sont supprimés. Les salariés du garage sont reçus par leur manager et le DRH pour établir leur profil de compétences. Avec ces profils, les directions des autres services sont invitées à sélectionner les salariés qui viendront rejoindre leur équipe. Dans le cadre de cette action, Monsieur V. est sélectionné par le Directeur du Service Informatique en raison de ses qualités professionnelles. En effet, Monsieur V. est fréquemment cité comme étant une référence dans le domaine du dépannage. Ses compétences sont reconnues par ses collègues et sa hiérarchie. Il est régulièrement sollicité pour intervenir dans les sessions de formation des diesélistes qui intègrent l'entreprise.

Il sera donc muté (janvier 2000), contre son gré, dans une activité informatique pour laquelle il n'a aucune affinité aux motifs qu'il est un professionnel remarquable dans le domaine de la réparation des moteurs diesels. Cette mutation lui est présentée comme une opportunité. Il lui est signifié qu'il fait partie d'un premier groupe de six salariés d'un domaine technique à être redéployés ; il aura donc la possibilité de choisir son poste au service informatique alors que les suivants seront affectés d'office dans les activités les moins intéressantes. Ce n'est pas ainsi qu'il ressent cette décision, il considère que son investissement comme responsable de l'équipe dépannage le dessert et il éprouve le sentiment d'avoir été injustement sanctionné. Injustice d'autant plus grande que l'histoire montrera que, contrairement à ce qui lui avait été annoncé, il sera le seul mécanicien à être affecté dans un service informatique.

Sept ans après cet événement, cette mutation lui paraît encore irrationnelle, incompréhensible. Elle demeure une blessure toujours aussi vive qui altère ses repères et ses cadres de

¹ Davezies P., Deveaux A., Torres C., *Repères pour une clinique médicale du travail* Vol 67 - N° 2 - Mai 2006 p. 119 - 125 Masson éditeur, Paris, 2006

² Il s'agit de paramètres biologiques qui explorent la fonction hépatique et, dans une moindre mesure, les lésions musculaires

³ Temps consacré par le médecin du travail pour les actions en milieu de travail



pensée, perturbe sa vie et lui provoque régulièrement des insomnies. Il est toujours en quête d'une interprétation possible. Il ne cesse d'envisager toutes les hypothèses y compris la volonté intentionnelle d'un tiers, à qui "*il faisait de l'ombre*", de l'écarter de cette activité pour des intérêts personnels.

A son arrivée au service "informatique et gestion", il a exercé une activité de soutien auprès d'utilisateurs d'un nouveau logiciel de distributeurs de tickets. Sans aucune formation ni possibilité de soutien de ses collègues, il va se trouver en situation d'échec pour répondre aux appels des utilisateurs. De ce fait, cette activité lui est rapidement retirée. Il poursuit sa carrière, toujours au service informatique, dans le domaine de la gestion des temps de parcours. Il trouve cette activité intéressante. Rétrospectivement, il pense que le travail qu'il produisait avait une utilité limitée, que cette fonction avait surtout été créée dans l'organisation du service informatique afin d'obtenir la certification iso 9000. Il en veut pour preuve que cette activité a presque disparu après que le service ait obtenu la certification.

En 2001, à l'occasion d'une nouvelle évolution de l'organisation, il est affecté au service d'information en temps réel des usagers. Puis en juin 2004, après une nouvelle restructuration, il est nommé "expert" dans un groupe de gestion des abonnements. Dans ces activités, il ne se sentira jamais à l'aise. En effet, Monsieur V. indique qu'il lui est difficile de travailler à partir d'un apprentissage théorique. Il dit avoir une "*mauvaise mémoire*" et qu'il lui est plus

facile d'apprendre "*par l'expérience, en vivant la situation*". Or, il a peu d'expérience dans les domaines de l'informatique et de la gestion. Pour traiter les problèmes, il doit se référer à des processus écrits qu'il a des difficultés à mémoriser. Il dit n'avoir "*d'expert que le nom*" et que, bien souvent, les collègues qu'il est censé soutenir en savent plus que lui.

Devant notre interrogation sur ses difficultés mnésiques, Monsieur V. précise que, quand il était affecté dans une activité technique, il ne raisonnait pas comme ses collègues. A partir de ses expériences antérieures et de la prise de quelques éléments d'information, il avait développé un raisonnement de type hypothético-déductif qui lui permettait d'établir rapidement l'origine de la panne. C'est ainsi qu'il a pu devenir un virtuose dans le dépannage des moteurs diesels. A chaque incident, il déroulait rapidement son raisonnement et pouvait établir, en un temps record, un diagnostic. Il avait l'impression que ses collègues "*perdaient du temps*" en cherchant intuitivement l'origine des pannes.

A la suite de sa mutation au service "informatique et gestion", il a présenté une asthénie, des douleurs des épaules dans un contexte anxio-dépressif réactionnel à son changement de travail. En 2001, devant l'élévation des transaminases et l'apparition d'une fonte musculaire, une pathologie musculaire est évoquée. Le Docteur G. posera, en 2004, le diagnostic de dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale⁴ (FSH) ou myopathie de Landouzy-Dejerine.

Monsieur V. a donc présenté une décompensation d'une myopathie FSH à la suite d'un événement traumatisant dans sa vie professionnelle. Alors qu'il était très investi et reconnu dans une activité technique, il a été muté autoritairement dans un poste du service "informatique et gestion". Cette décision, dont la rationalité

lui paraît toujours énigmatique, n'a pas seulement désavoué son engagement professionnel ; c'est tout le sens de sa vie qui s'en est trouvé perturbé. Cet épisode aurait pu être résolu si son nouveau travail lui avait offert des espaces d'exploration et de recherche dans lesquels il aurait pu s'épanouir et ainsi retrouver un équilibre. Mais, au contraire, ce changement de poste de travail s'est accompagné d'une perte de son autonomie décisionnelle et d'un appauvrissement de son activité. Soulignons que ce nouveau travail l'a surtout empêché d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles. Or les épidémiologistes⁵ ont montré que tous ces facteurs, qui ont fait défaut depuis son changement d'activité, sont déterminants dans la préservation de la santé. C'est donc toute la fonction du travail dans ses dimensions de maintien et de production de la santé qui s'est trouvée altérée à la suite de cette mutation au service "informatique et gestion".

D'un point de vue physiopathologique, la dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale est due à une anomalie génétique située sur le chromosome 4. De récentes études⁶ ont montré une altération dans l'expression de nombreuses protéines impliquées dans la fonction mitochondriale et dans la protection contre le stress oxydatif⁷ des muscles de ces malades. Or, il a été démontré que le stress psychologique était fortement associé à une diminution de la capacité anti-oxydante⁸. Cette diminution semblant être plus élevée pour le stress lié au travail que pour le stress lié à la vie privée⁹. On peut donc supposer que sous l'effet du stress professionnel lié à son changement d'activité, la balance oxydation/anti-oxydation, qui était dans un équilibre précaire chez Monsieur V. a été déstabilisée, ce qui a entraîné un dommage oxydatif et une dégénérescence des fibres musculaires.

Au delà de cette tentative d'explication mécaniste physico-chimique par un déséquilibre du stress oxydatif, on peut s'interroger sur l'éventualité d'un lien entre sa pathologie, son développement cognitif particulier (raisonnement plutôt qu'intuition) et la mesure organisationnelle qui a provoqué une flambée de sa maladie jusque là cliniquement muette (à l'exception de l'élévation modérée des transaminases).

4 Il s'agit d'une maladie neuromusculaire, causée par une anomalie génétique. Elle est classée dans les dystrophies musculaires ou myopathies. Elle se présente sous la forme d'une perte progressive et aléatoire de volume et de force des muscles de la région facio-scapulo-humérale.

5 R. Karasek, T. Theorell (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.

6 D. Laoudj-Chevinesse, G. Carnac, C. Bisbal, G. Hugon, S. Bouillot, C. Desnuelle, Y. Vassetzky et A. Fernandez : *Increased levels of adenine nucleotide translocator 1 protein and response to oxidative stress are early events in facioscapulo-humeral muscular dystrophy muscle*. *Journal of Molecular Medicine*.83(3):216-24, 2005 Mar.

7 Au sein de la cellule, il existe un équilibre dynamique entre les systèmes de défense anti-oxydant et la production de radicaux libres. Un déséquilibre de cette balance en faveur des composés pro-oxydants conduit à un état de stress oxydant pouvant être associé ou conduire à de très nombreuses affections.

8 Møller P., Wallin H., Knudsen L.E. *Oxidative stress associated with exercise, psychological stress and life-style factors*. *Chemico-Biological Interactions* 102 (1996) 17-36

9 Lehuicher-Michel M.P., Lesgards J.F., Durand P., Lanteaume A., Prost M. *Diminution de la capacité anti-oxydante associée au stress psychologique Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement Vol 64 - N° 7-8 - Décembre 2003 p. 520 - 521 © Masson, Paris, 2003.*

En effet, "au-delà de leurs fonctions motrices, les muscles sont aussi une chair sensible, un vaste organe des sens distribué dans la totalité du corps. Nos muscles devront dès lors être considérés à la fois comme des organes moteurs et comme des organes des sens, comme les acteurs mais aussi les spectateurs du corps"¹⁰. Certains faits neurobiologiques récents attestent que cette sensibilité proprioceptive¹¹ joue un rôle fondateur pour l'intelligence du corps. "Les informations proprioceptives, nées de l'action même, sont le principal et premier opérateur de la conscience du mouvement... elles participent alors à des fonctions mentales de niveau élevé, fonctions qui émergent clairement au répertoire des activités cognitives"¹².

En outre, les travaux sur la perception prothésisée ont démontré que le mouvement a un rôle essentiel dans la constitution de l'espace perceptif. "On ne perçoit véritablement que ce qui part du registre de ses propres actions. Loin d'être réception passive de stimuli suivie d'un traitement computationnel qui aboutirait à la représentation interne d'objets ou d'événements extérieurs, la perception est inséparable de l'activité du sujet..."¹³. Ces apports de la physiologie de l'action et de la perception - qui établissent un lien entre mouvement, perception et développement cognitif - nous permettent de mieux comprendre l'histoire clinique de Monsieur V..

On peut donc avancer l'hypothèse que la pathologie de Monsieur V., alors qu'elle était encore à un stade infra clinique, a influencé le développement de ses fonctions cognitives. Du fait de son atteinte musculaire, on peut supposer que très tôt il a présenté un déficit de sa proprioception qui a influencé son "sentir"¹⁴ des situations de travail. Pour compenser cette insuffisance d'informations proprioceptives, il a vraisemblablement mis en place des mécanismes de compensation en sur développant ses capacités de raisonnement hypothético-déductif. Au fil de son expérience, il a intégré avec précision les schèmes de fonctionnement des moteurs diesels. Dans les situations de dépannage, il réagissait alors différemment de ses collègues, son activité était déportée vers la prise d'informations sur l'état du système qui lui permettaient de cheminer dans l'arbre décisionnel intériorisé.

Pour ses responsables, Monsieur V. apparaissait comme ayant un fonctionnement cognitif particulier, plus intellectualisé que celui de ses collègues. C'est probablement ce qui les a amenés à penser qu'il s'adapterait bien à une activité plus à distance de la technique. Malheureusement, ce qui apparaissait de l'extérieur comme une prise de distance vis-à-vis du dispositif est probablement l'inverse. Pour compenser son déficit proprioceptif, Monsieur V. avait vraisemblablement construit un rapport très intime à la dynamique interne des dispositifs. Ce qui semblait être une distanciation par rapport aux objets techniques n'était autre qu'une plus grande proximité, qu'une intégration poussée des traces des activités antérieures sous la forme de schèmes de fonctionnement qui liaient dynamique interne du dispositif et modalités d'intervention.

Son itinéraire professionnel aurait pu effectivement déboucher sur le développement de capacités conceptuelles et donc sur des compétences réflexives suffisamment abstraites et générales pour être transposables d'une activité à une autre. Cela aurait nécessité des espaces de discussion et d'élaboration d'une expérience encore très ancrée dans la matérialité des situations. Ces espaces ont vraisemblablement fait défaut en raison de la singularité de Monsieur V.. Ses collègues, qui n'avaient pas de déficit kinesthésique, n'étaient pas incités à une élaboration cognitive. Cette absence d'espaces d'élaboration et de généralisation a sans doute empêché la transposition de l'expérience de diéséliste de Monsieur V. dans une autre activité.

Lorsque Monsieur V. a été muté au service "informatique et gestion", il est arrivé avec des structures cognitives étroitement liées à une situation qui n'était plus pertinente. L'encadrement, qui a vraisemblablement surestimé ses capacités d'abstraction l'a affecté, sans aucune formation, dans une première activité où il a été rapidement en échec. Dans les postes qu'il occupera par la suite, il ne se sentira jamais à l'aise en raison de ses "difficultés à mémoriser". On peut avancer l'hypothèse que Monsieur V., ne disposant plus des schèmes sensorimoteurs qui lui aurait permis une perception globale de sa nouvelle activité, a été contraint de mémoriser des informations

dont les liens ne lui paraissent pas évidents. Dans ce contexte, la sollicitation de ses capacités mnésiques a été tellement importante que son développement, dans cette nouvelle activité, s'en est trouvé compromis. A cela, il conviendrait aussi d'ajouter les souffrances liées à sa maladie qui ont accru ses difficultés professionnelles.

En somme, la mutation en 1999 de Monsieur V. au service "informatique et gestion" a ruiné le processus de compensation de sa dystrophie musculaire FSH qui était jusque-là infra pathologique. Son développement cognitif particulier, conditionné par son déficit kinesthésique, n'a pas pu être transposé à sa nouvelle situation professionnelle. Subitement, tous les efforts qu'il avait déployés pour pallier sa fragilité se sont trouvés anéantis. Ce stress professionnel a fait flamber sa pathologie qui, jusque là, était restée muette.

Après avoir aidé Monsieur V. à comprendre son histoire professionnelle et, compte tenu de son état de santé qui lui impose de changer régulièrement de position, nous sommes convenus de demander un changement de poste. L'investigation clinique a permis d'orienter ce reclassement vers une activité moins sédentaire qui se prête mieux à une reprise de son ancienne expérience.

Cette analyse clinique d'une décompensation survenue à la suite de la réorganisation d'un service, nous a aussi amené à préconiser des actions de prévention collectives. Nous avons conseillé, lors des restructurations, de mettre en place des dispositifs de formation destinés à soutenir la généralisation des compétences des salariés afin qu'ils puissent les transposer dans leur nouvelle activité.

A travers cet exemple tiré de notre pratique, nous avons voulu montrer que l'abord clinique, par un travail avec les agents au plus près de leur activité et dans ses dimensions les plus concrètes permet d'appréhender singulièrement les itinéraires professionnels, de soutenir des actions de prévention et d'aider les salariés qui pâtissent de leur travail. C'est peut-être là que pourrait se situer la place originale du médecin du travail.

10 ROLL J.P. – Physiologie de la kinesthèse La proprioception musculaire : sixième sens ou sens premier ? *Intellectica*, 2003, 36-37, pp49-66

11 Sensibilité mécanique de l'appareil moteur, distribuée dans la totalité des muscles et profondément enfouie en leur sein

12 ROLL J.P. – Physiologie de la kinesthèse La proprioception musculaire : sixième sens ou sens premier ? *Intellectica*, 2003, 36-37, pp49-66

13 Havelange V. - De l'outil à la médiation constitutive : pour une réévaluation phénoménologique, biologique et anthropologique de la technique; *Arob@se volume 1*, pp 8-45, 2005 page 38

14 Davezies P., Deveaux A., Torres C. *Repères pour une clinique médicale du travail Vol 67 - N° 2 - Mai 2006 p. 119 - 125 Masson éditeur, Paris, 2006*

LES PRATIQUES INNOVANTES EN MÉDECINE DU TRAVAIL : TÉMOIGNAGE DU COLLECTIF DES MÉDECINS DU TRAVAIL DE BOURG-EN-BRESSE

*MIREILLE CELLIER, ODILE CHAPUIS, JACQUELINE CHAUVIN,
KARYNE DEVANTAY, ELISABETH DELPUECH, YUSUF GHANTY,
CHANTAL LAFARGE, JEAN MICHEL LAUZE*

Cette question de pratiques innovantes en médecine du travail, que l'équipe de rédaction de la revue nous demande de traiter, n'a pas été sans susciter - dans un premier temps chez nous - un sentiment interrogatif et dubitatif. C'est que la façon d'aborder cette question peut osciller entre deux pôles : un premier pôle normatif, c'est à dire politiquement correct, tirant vers un rétrécissement et aplatissement des réalités. Et un deuxième, ancré résolument dans les réalités, dans toute sa globalité et acuité. On peut comprendre qu'un lecteur non averti puisse être dérouté par le dénivelé abyssal entre les deux pôles. On peut comprendre qu'un lecteur non conscientisé puisse être accablé par l'immensité de la partie immergée de l'iceberg s'agissant des réalités dramatiques de la santé au travail et de la médecine du travail. En nous sollicitant, nous espérons qu'il n'y ait aucun doute sur le fait que notre collectif ne saurait traiter une telle question par le petit bout de la lorgnette. Et ce, plus que jamais en ce début 2009, où l'accélération des événements fait éclater la vérité de toute part quant à l'iniquité d'un système responsable de tant de dégâts.

L'intérêt exclusif de la santé des salariés

D'abord rappelons que toute pratique authentique en médecine du travail, innovante ou pas, ne vise que l'intérêt exclusif de la santé des salariés et doit être en conformité avec le code de déontologie, qui est inscrit dans la Loi, avec l'objectif légal de 1946 et être en adéquation avec les constats. Toute pratique innovante n'a de sens qu'en lien avec la recherche d'efficacité dans des actions de transformation des situations de travail qui soient favorables à la santé des salariés. Ou, tout au plus, des pratiques qui permettent au salarié de reconquérir

sa santé. Ce qui pose véritablement problème à la profession, c'est le développement - à côté des pratiques dites "déviantes" - de pseudo-pratiques innovantes, qui se cantonnent dans le registre de l'information, de la connaissance et de l'évaluation, déconnectées de toutes visées transformatrices.

Une médecine du travail asphyxiée par des décennies de gestion patronale

Il nous faut aussi pointer l'hypercontexte dramatique ambiant avec le bilan désastreux en santé au travail qui contraste avec le sous-développement de la médecine du travail : une médecine du travail asphyxiée par des décennies de gestion patronale et par les autres rouages de la puissante mécanique qui lamine la profession depuis toujours : ambiguïté de l'Etat, intérêt limité voire désintérêt des syndicats des salariés, gestion par l'aptitude... ; une médecine du travail dont les règles sont insuffisamment construites, ou plus exactement des règles de métier existantes (construites par une minorité) dont l'appropriation par le plus grand nombre n'est pas effective.

Quelles peuvent donc être des pratiques innovantes dans un métier dont les règles sont loin d'être stabilisées contrairement à toute autre discipline médicale? Il y a donc la réalité d'un métier insuffisamment construit, étouffé par tant d'obstacles. Par conséquent, la première des innovations, n'est-elle pas de prendre conscience qu'il ne pourra y avoir d'innovation aussi longtemps que de tels obstacles pèseront sur le métier. Et au bout du compte, la première des innovations, n'est-elle pas de se mobiliser à la mesure de ces réalités désastreuses afin d'exiger la levée d'urgence de tous ces obstacles.

Une énième « réforme de la médecine du travail » est en cours de discussion entre les Partenaires Sociaux, réforme qui risque de remettre en question le cœur de notre métier sans que les professionnels qui le pratiquent quotidiennement en soient partie prenante ou même simplement auditionnés par les négociateurs.

L'histoire de cette discipline montre parfaitement comment, depuis sa création, un vrai métier de médecin du travail n'a jamais pu se construire véritablement comme dans d'autres domaines de la médecine. Au gré des différentes priorités sociales et tendances idéologiques qui se sont succédées depuis la fin du XIX^{ème} siècle les « médecins d'usine » puis les « médecins du travail » se sont livrés : à la sélection de la main d'œuvre, de façon honteuse parfois (sélection pour le STO en Allemagne en 1943) ; à la pratique de l'« aptitude » pour adapter l'homme au travail ; au dépistage de la tuberculose (avec succès !) ; puis aux bilans de santé en entreprise, jusqu'aux pratiques actuelles affadiées ou même carrément compromettantes comme la « gestion du stress » ou autres méthodes en faveur du management. Certains pourraient les qualifier de « pratiques innovantes » mais ces pratiques nous semblent passer à côté du cœur de notre vrai métier, quand elles n'en constituent pas une pure trahison.

Que serait une innovation déconnectée du contexte actuel si dégradé du monde du travail et sans l'éclairage déontologique? Le vaste espace où les médecins du travail pourraient s'occuper vraiment de Santé au Travail n'est pas investi par défaut de règles de métier. Le silence d'une majorité de la profession ne serait-ce que sur les constats de santé au travail, ne peut d'ailleurs se comprendre qu'en appréhendant les rouages puissants d'un système qui assigne chaque acteur de prévention au « pas de vague ».

Il est fondamental de bien se rendre compte que toute cette évolution s'est faite depuis le début et jusqu'à aujourd'hui sous la « poigne de fer » de la main mise patronale sur l'institution qu'elle qu'en ait été sa forme. Depuis 130 ans le patronat a toujours été redoutablement efficace et cohérent sur la question de son contrôle sans partage de la médecine du travail, redoutablement efficace en retardant l'élaboration des liens entre travail et atteinte à la santé, élaboration qui est à la base de la prévention et au cœur du métier de médecin du travail.

Notre Collectif de huit médecins du travail interentreprises s'est créé en 1994, (alors que certains d'entre nous avaient déjà près de vingt ans de pratique en médecine du travail,) en réaction collective à une violente atteinte à l'indépendance professionnelle de l'un d'entre nous de la part d'un employeur qui n'admettait pas que ce confrère prétende, tout simplement, accomplir sa mission de préservation de la santé des salariés dans son entreprise ! Au delà de cette réaction de refus de continuer à se laisser écraser sans réagir, nous sommes tombés d'accord sur la gravité des constats en santé au travail que nous faisons dans « nos » entreprises mais aussi sur l'inefficacité de nos actions individuelles du fait de tous les obstacles présents dans l'institution « médecine du travail », de tout ce qui est à l'œuvre du côté de la main mise patronale sur le système, de la gestion par l'aptitude, qui ne nous permettaient pas de pratiquer le vrai métier correspondant au sens véritable de sa loi fondatrice de 1946 : **EVITER TOUTE ALTERATION DE LA SANTE DU FAIT DU TRAVAIL ET ADAPTER LE TRAVAIL A L'HOMME.**

De véritables règles de métier

Nous étions, et nous le sommes toujours, parfaitement convaincus qu'il peut exister une authentique et spécifique professionnalité en médecine du travail à condition que de véritables règles de métier soient élaborées et partagées par ceux qui entendent l'exercer dans sa plénitude et qu'un statut digne de notre mission nous garantisse une véritable indépendance professionnelle et des moyens adaptés.

Une priorité : la mise en visibilité

Nous nous sommes donc attelés à la tâche en commençant par ce qui nous paraissait tout à fait prioritaire : la MISE EN VISIBILITE des constats désespérants que nous faisons des atteintes à la santé physique et mentale des salariés provoquées par les transformations survenant dans le monde du travail du fait des nouveaux principes économiques adoptés dans les entreprises (néolibéralisme) ; véritable « idéologie avançant à marche forcée » et écrasant tout sur son passage ! Pour cela nous avons choisi de rédiger en commun chaque année une conclusion commune au rapport du médecin du travail. Ce texte est l'aboutissement d'un travail régulier, rigoureux, organisé sous la forme de réunions planifiées de notre groupe deux fois par mois soit 12 heures de travail commun mensuel où sont présentés et mis en débat nos constats et nos pratiques.

Un socle commun : la clinique du travail

Cette manière innovante de travailler a nécessité que nous nous mettions d'accord sur un socle de règles de métier partagées, basées sur la Clinique du travail, la parole des salariés, et encadrées par les seuls principes de la déontologie et les objectifs fixés par la loi de

1946. Nous avons légitimé les entretiens cliniques comme socle fondamental à la compréhension du travail, à l'auscultation du monde du travail, à l'analyse des besoins non seulement individuels mais aussi collectifs, à la démarche d'alerte si nécessaire, et bien sûr, à l'accompagnement des personnes, à tenter de leur redonner si possible le pouvoir d'agir, à tenter de faire émerger dans les entreprises un début de démocratie sociale.

Il faut développer là les étapes essentielles de cette clinique qui consiste avant tout à faire des liens :

- écouter la parole du salarié sur la souffrance et les mécanismes délétères.
- écouter la parole sur le travail, véritable moyen d'accès aux mécanismes délétères du travail et dont notre expérience sait qu'il est bien plus authentiquement efficace pour trouver les pistes de transformations que le listage des risques désinsérés de la parole des salariés, préconisé par nos instances suite au décret de 2004.
- mettre en articulation les deux précédentes dimensions pour permettre d'abord au salarié une construction consciente de ce qui, dans le travail, détruit sa santé, et puis au médecin de construire, à travers l'expression de l'ensemble de la collectivité de travail, des constats, des analyses et donc des pistes de transformation.

Cet espace clinique investi n'est malheureusement pas l'ordinaire dans la profession, ce qui explique que celle-ci, majoritairement, accepte de se faire détourner de ce cœur du métier et soit si silencieuse quand les réformes successives veulent tout simplement en supprimer le moyen princeps, qui est l'entretien régulier avec les salariés.

Regrouper les constats

Une partie innovante de notre action a d'abord été de regrouper collectivement et régulièrement les constats constituant ainsi un observatoire géographique qui fait émerger les priorités catégorielles d'atteinte à la santé au travail, aussi bien en fréquence qu'en gravité. C'est à partir de ce vivier que nous avons pu confirmer nos constats individuels, les analyser et en analyser les mécanismes. Avec des débats déontiques réguliers depuis quinze ans, nous donnons à nos alertes la force d'un observatoire diachronique et synchronique. **Par exemple**, quand nous avons parlé d'urgence en terme de prophylaxie mentale en 2004 pour l'ensemble des salariés, ce n'était pas à la légère mais le fruit de tous ces débats et analyses. Ce fut et c'est encore malheureusement confirmé.

Alerter dans l'espace public

Ensuite dans le seul but de mettre en œuvre, comme c'est le devoir de tout médecin, tout ce qui peut concourir à une plus grande efficacité,

nous avons décidé d'innover encore en **DIFFUSANT LARGEMENT DANS L'ESPACE PUBLIC** ce travail collectif auprès des acteurs sociaux et politiques mais aussi vers les médias. Nous pensons qu'en pratiquant ainsi nous remplissons le **DEVOIR D'ALERTE** qui est celui des médecins du travail placés de part la Loi dans une position d'observateur irremplaçable du monde du travail mais aussi que nous apportons également notre contribution au débat démocratique pour que se mette en place une vraie prévention en santé au travail en France. C'est pour cela que nous ne craignons pas de répondre aux diverses invitations qui nous sont faites (près d'une centaine depuis 15 ans) à venir nous exprimer et débattre publiquement sur nos constats, dans le respect des règles déontologiques.

Avoir une lecture politique

Nous pensons que l'objet même de notre discipline, le Travail, nous conduit inévitablement, si nous voulons agir professionnellement, à avoir une lecture Politique de ce que nous constatons dans notre pratique quotidienne de terrain, ce qui n'est pas forcément le cas, effectivement, dans d'autres spécialités. La période actuelle nous démontre bien, en effet, combien les choix et les décisions des Politiques peuvent influencer dans un sens ou dans l'autre le fonctionnement des entreprises et donc le Travail lui-même. Ceci nous conduit régulièrement à écrire et à diffuser d'autres textes, de circonstance, en réaction à tout ce qui peut concerner le domaine de la santé au travail.

Dénoncer le fonctionnement de l'institution médecine du travail

Parallèlement nous avons accepté de regarder la réalité en face et de **DENONCER PUBLIQUEMENT LE FONCTIONNEMENT** de l'institution médecine du travail, dès le début de notre action collective, avant donc que le drame de l'amiante et les dérives de certains services interentreprises mises sur la place publique ne viennent confirmer les graves défaillances du système français de prévention des risques professionnels. Cela constituait aussi une grande innovation dans une profession dont la critique se faisait habituellement de l'extérieur (salariés, syndicalistes, historiens ...) et de manière parcellaire puisqu'il faut bien voir que si les médecins ont une part de responsabilité dans l'échec de ce système (et on ne peut pas l'occulter) les acteurs chargés de la régulation - Etat, Syndicats - n'ont jamais été jusqu'à soulever les vrais obstacles dont le principe de la gestion patronale des services de santé au travail.

Propositions pour une véritable prévention en santé au travail

Au fil des ans notre réflexion et notre analyse nous ont conduit à élaborer un corpus de **PROPOSITIONS PRECISES EN VUE D'UNE VERITABLE PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL** qui



ont fait l'objet d'un colloque à Pont de Veyle, dans l'Ain, en 2004. Sans entrer ici dans les détails, il s'agit tout d'abord de réformer en profondeur l'institution « médecine du travail » dans l'esprit de la loi de 1946 puisque la précédente réforme de 2004 n'a fait que nous éloigner de la parole des salariés sur leur travail

Douane mise entre les mains des contrebandiers!! »

Mais il est entendu que pour être efficace, l'action de la médecine du travail a absolument besoin d'être pluridisciplinaire et surtout d'être mise en SYNERGIE avec celle des acteurs de

et nous mettre au service des employeurs pour évaluer les risques ! **Pour cela il faut absolument mettre fin à la gestion patronale unique des Services de Santé au travail**, même le paritarisme ne sera pas suffisant puisque l'expérience a prouvé ailleurs qu'il finissait par être détourné par les employeurs toujours plus puissants. Ceux qui génèrent les risques ne doivent pas administrer ceux qui sont chargés par la Loi de les surveiller sinon « c'est la

l'Inspection du travail, du Service Prévention de la CRAM (eux-mêmes désenclavés et légitimés dans leurs fonctions) ainsi qu'avec la Démocratie Sociale pleinement émancipée. Nous savons bien que « c'est sur l'efficacité de ces acteurs que peut s'appuyer et se renforcer notre efficacité et réciproquement ».

Comme nous le disons dans notre tout dernier rapport annuel, la situation est tellement désespérante qu'il nous est permis de croire en l'espérance. L'innovation en 2009 pourrait être tout simplement de donner enfin à l'ensemble des médecins du travail un espace digne pour élaborer un vrai métier. **Une extraordinaire impulsion pourra être donnée dans ce sens en mettant fin à la gestion patronale des services de santé au travail et en maintenant les entretiens réguliers annuels ou bisannuels des salariés avec le médecin du travail.**

Bourg en Bresse le 16 mars 2009



Les colonnes de cette revue sont ouvertes à nos lecteurs, à tout professionnel qui intervient dans le champ de la santé au travail. N'hésitez pas à nous envoyer des articles qui relatent vos expériences de terrain ou vos recherches...

Le N°4, prévu pour Novembre 2009 abordera les risques psychosociaux
(nouvelles organisations du travail, stress, peur, violence au travail ...)

Vous pouvez nous contacter au secrétariat du SNPST ou
francoise.blancrouffiac@wanadoo.fr

DE L'INDIVIDUEL AU COLLECTIF ...

PRÉVENTION DU RISQUE CHIMIQUE DANS LES ENTREPRISES DE PEINTURE AÉRONAUTIQUE

Le départ de ce travail est lié à l'histoire d'une entreprise sous-traitante de l'aéronautique qui a fait parler d'elle dans les médias à plusieurs reprises. Une action judiciaire est en cours. Cependant, au-delà de « l'affaire », la façon dont les divers préventeurs et les diverses entreprises (sous-traitantes et donneuses d'ordre) se sont mis à travailler ensemble, pour tenter d'apporter des réponses aux problèmes, est intéressante et c'est pourquoi les acteurs, tout en souhaitant rester dans l'anonymat, ont jugé utile de vous en faire part dans ce dossier de notre revue.

AU DÉPART, UN PROBLÈME ...

Il s'agit d'une entreprise sous traitante du secteur aéronautique d'une centaine de salariés, pour la plupart peintres au pistolet, chargés de la phase finale de construction des avions : la peinture. Les peintres, suivis par un médecin du travail d'un service interentreprises, bénéficiaient des bilans réglementaires. Le médecin du travail avait fait la fiche d'entreprise et réclamé les fiches de données de sécurité des produits mais celles-ci restaient « introuvables » car détenues par l'entreprise donneuse d'ordre. En 2001, plusieurs bilans hépatiques sont perturbés et le médecin du travail tire la sonnette d'alarme. Parallèlement, les salariés se mobilisent et le CHSCT demande une expertise. Celle-ci révèle plusieurs dysfonctionnements et un manque de respect de la réglementation en matière d'évaluation des risques professionnels et d'exposition aux CMR. S'ensuit une période difficile de conflits. Les salariés organisés syndicalement mettent l'entreprise au tribunal pour mise en danger de la vie d'autrui.

MOBILISATION COLLECTIVE DES PRÉVENTEURS ...

Les différents préventeurs (médecins, inspecteurs du travail, MIRTMO et ingénieur de la DRTEFP, CRAM) sont interpellés par l'histoire de cette entreprise et décident de réfléchir et d'agir ensemble pour améliorer la prévention et le suivi des salariés. L'inspection du travail demande à l'entreprise des prélèvements d'at-

mosphère détaillés et répétés. En même temps, il prend contact avec l'entreprise donneuse d'ordre et les autres entreprises de peinture sous-traitantes. Toutes les entreprises réalisent les mêmes prélèvements d'atmosphère.

Alors que la question initiale posée par les bilans hépatiques perturbés était celle des solvants et des COV (composés organiques volatils), l'étude des fiches de données de sécurité et les prélèvements d'atmosphère mettent en évidence une exposition aux poussières de chrome.

Des efforts sont demandés aux entreprises en matière de ventilation et d'aspiration et pour de meilleurs EPI.

En lien avec le service de pathologie professionnelle et le MIRTMO, les médecins et les infirmières des diverses entreprises, se mettent d'accord sur un protocole de suivi médical (périodicité des visites et des examens complémentaires) et élaborent une grille de lecture des résultats qui leur permet un suivi collectif des examens complémentaires : bilans hépatiques et chrome urinaire.

ET DES ENTREPRISES...

Des réunions sont également organisées par la DDTEFP, regroupant l'entreprise donneuse d'ordre, 2 entreprises sous traitantes, les organismes professionnels, les services sécurité, inspecteurs du travail, DRTEFP, CRAM, médecins et infirmières du travail.

Plusieurs réunions permettent d'échanger les informations et de les recouper afin d'avancer dans la connaissance des processus et de l'exposition. Ainsi, il apparaît évident que certaines phases de travail (le ponçage) sont plus polluantes que d'autres.

Des groupes de travail sont constitués : un groupe sur les process qui travaille à la substitution du chrome, un groupe sur les EPI, un groupe sur le suivi médical. Une réunion plénière des 3 groupes a lieu tous les ans.

DES POINTS POSITIFS...

Certaines peintures sont substituées par des peintures sans chrome ce qui permet de diminuer l'exposition au moment de l'application mais aussi du ponçage.

Les entreprises ont amélioré les ventilations et les EPI.

Le suivi du chrome urinaire permet d'informer



les salariés sur le risque, sur l'importance des protections individuelles et de l'hygiène corporelle. Parallèlement, le MIRTMO et la DRTEFP élargissent le groupe des médecins à tous les médecins du travail de la région qui surveillent des peintres au pistolet dans des entreprises sous-traitantes. Les médecins appliquent le protocole de suivi élaboré collectivement ; ce protocole est revu régulièrement et adapté en fonction des besoins et des conditions de faisabilité. Des réunions permettent d'échanger sur les pratiques et les difficultés.

ET DES QUESTIONS EN SUSPENS...

Malgré les progrès réalisés et la démarche mise en route, les entreprises, toujours préoccupées prioritairement par la production, et les salariés, menacés par la précarité, ont tendance à « oublier » la démarche permanente d'évaluation des risques et d'amélioration des conditions de travail. La mobilisation est difficile à maintenir.

Le suivi des salariés par le dosage répété du chrome urinaire a ses limites : il y a peu de recul et peu de connaissances sur la cinétique du chrome, sur les valeurs limites à prendre en compte ... Les bilans hépatiques révèlent des anomalies fluctuantes sans que l'on puisse savoir si elles doivent être attribuées aux conditions de travail et à l'exposition aux mélanges de solvants ou à des excès faits par les salariés dans leur vie hors travail ...

EN CONCLUSION

Voici une expérience de travail collectif qui en est aux premiers balbutiements mais qui, d'emblée, invente de nouvelles pratiques :

- La pluridisciplinarité est au cœur de la démarche ;
- le travail « fédère » plusieurs entreprises et regroupe sous-traitants et donneurs d'ordre ;
- le suivi médical passe de l'individuel au collectif et élabore une veille sanitaire.

DES COLLABORATIONS ENRICHISSANTES, UN PEU D'UTOPIE, BEAUCOUP D'ENTHOUSIASME : LE CIST MIDI PYRÉNÉES

CORINNE MARTINAUD, MÉDECIN DU TRAVAIL, PRÉSIDENTE DU CIST

Le CIST est le **Collectif d'Information en Santé au Travail**. Il s'agit d'une association regroupant le bureau régional du SNPST, des syndicats et des mutuelles qui ont souhaité s'engager dans le domaine de la santé au travail.

LES FORUMS SANTÉ TRAVAIL

Il existait déjà sur Midi Pyrénées une entente et des relations constructives entre quelques médecins syndiqués au SNPST et certains syndicalistes engagés dans le domaine de la Santé au Travail (certains ayant des responsabilités régionales ou membres de Comités Techniques Régionaux, etc...). De ces contacts était née une volonté de collaboration pour organiser annuellement un forum de rencontre et de discussion sur des thèmes de santé au travail. Il faut noter, fait rare, qu'au départ tous les syndicats avaient répondu présents, et que nous pouvions nous vanter d'arriver à réunir et à faire travailler ensemble à peu près toutes les grandes centrales syndicales. Ainsi, le premier Forum Santé Travail a eu lieu à Toulouse en novembre 2001 et son thème abordait la question du contrôle social des services de santé au travail (à l'époque, encore, services de « médecine du travail »). Son but était d'expliquer le fonctionnement de l'institution, de sensibiliser les syndicats au rôle primordial qu'ils doivent jouer dans la gestion des services. Il a rassemblé plus d'une centaine de médecins, syndicalistes, inspecteurs du travail, universitaires, ... qui ont apprécié, puisque l'année suivante en 2002 ils étaient plus nombreux encore à s'intéresser au thème de l'aptitude, puis en 2003 à l'évaluation des risques professionnels. Ces forums arrivaient à s'organiser avec « les moyens du bord », dans une salle prêtée par la Mutuelle Générale des Travailleurs Salariés (MGTS) et grâce au dévouement des quelques volontaires, syndicalistes et médecins du travail et notamment le Dr Mireille Théron.

Victimes de notre succès, nous fûmes ensuite contraints de passer à une échelle supérieure, la salle prêtée devenant trop petite pour les 150 à 200 participants. Nous avons sollicité une subvention de la DRTEFP, qui a répondu présente et nous a permis de disposer de

quelques fonds. Ainsi, les forums ont pu continuer, et même prendre de l'ampleur avec plus de participants et des intervenants de bon niveau. En 2008, a eu lieu le 7^{ème} Forum.

LA CRÉATION DU CIST

La préparation de ces forums a toujours été une collaboration entre médecins du travail et syndicalistes. De l'enthousiasme collectif a germé petit à petit l'idée de créer un « lieu ressource » régional sur les sujets de santé au travail, qui permettrait de délivrer à ceux qui en auraient besoin une information technique, juridique, un soutien et une orientation. En fait, ce projet reprenait un rêve des « anciens » qui avaient essayé plusieurs fois de créer une « boutique santé travail » ; ceux qui connaissent Jean Claude Guiraud ont dû l'entendre parler de cette boutique santé travail, dont la porte serait toujours ouverte à tous, et où chacun viendrait chercher la réponse à ses questions et un embryon de solution à ses soucis... Vous aurez également compris qu'il ne s'agissait pas d'un projet mercantile mais au contraire d'un projet gentiment utopique et totalement altruiste visant à faire profiter les autres des compétences et de l'expérience acquise sur le monde du travail par les médecins du travail et les syndicalistes.

Bien évidemment, nous n'avions absolument aucun moyen à notre disposition, et donc certainement pas moyen de « tenir boutique » physiquement. Nous ne savions pas trop comment faire, et c'est finalement grâce à quelques syndicalistes, plus aguerris au militantisme actif sur le terrain, que nous avons franchi le pas. Ils nous ont guidés dans les démarches administratives, et ainsi nous avons créé une association, déposé des statuts et le CIST Midi Pyrénées est officiellement né en avril 2005, avec pour objectif d'« assurer une information sur les questions de santé au travail par divers moyens (publications, permanences téléphoniques, accueil, réseau Internet, réunions et conférences). »

LES ACTIONS DU CIST

- **Les permanences** : l'idée de la boutique s'est matérialisée sous forme de permanences mensuelles tenues systématiquement par

un médecin du travail et un syndicaliste. Ces permanences s'adressent à des salariés, mais aussi aux professionnels (médecins, travailleurs sociaux...) ou aux syndicalistes qui auraient besoin d'information, d'orientation, etc... Bien évidemment, il ne s'agit pas de consultations médicales et aucun avis d'ordre médical n'est délivré. Il s'agit d'orienter la personne vers les personnes ressources qui pourront l'aider : DP, syndicats, médecin du travail, conseils de prud'hommes...

Les demandes peuvent se faire soit par téléphone (message laissé sur la boîte vocale de l'association), soit physiquement lors des permanences de 2h mensuelles.

Ainsi, au cours de la première année de fonctionnement, 23 demandes ont été traitées. Ce chiffre est modeste, mais il faut rappeler que le CIST fonctionne sans aucun moyen et n'a donc fait aucune publicité autour de son existence. Seuls les syndicats membres du CIST ont relayé l'information auprès de leurs adhérents, et aussi de quelques médecins généralistes de la région. Notre existence reste donc relativement méconnue. 20% de ces demandes émanent de syndicats, sur des sujets qui doivent être abordés en CHSCT et pour lesquels ils manquent d'informations. 80% émanent de salariés directement : au premier rang, des problèmes de souffrance au travail, mais aussi des demandes plus juridiques : quels sont mes droits, que va-t-il m'arriver si je suis déclaré inapte, mon employeur a-t-il le droit de faire cela ?... C'est dans ce cas que la collaboration avec un syndicaliste connaissant bien le code du travail est très utile !

Dans un certain nombre de cas, les salariés qui appellent n'ont pas de médecin du travail (fonction publique, carence de la part de l'employeur, salariés non « couverts » par le système comme les employés à domicile...). Le CIST remplit dans ce cas une mission publique qui devrait être organisée par les pouvoirs publics et non par quelques volontaires bénévoles.

- **Les forums** : tout naturellement, il est apparu à sa création que le CIST était la structure idéale pour organiser les forums. Depuis 2006, le CIST a donc organisé le Forum Santé Travail consacré à la pénibilité du travail, puis

celui de 2007 consacré au stress professionnel, et le dernier en 2008 consacré aux maladies d'origine professionnelle. Ces forums sont toujours soutenus par la DRTEFP, mais aussi par la MGTS, la CRAM, et selon les thèmes nous avons été amenés à collaborer avec le MIDACT (ARACT locale), la FNATH, etc...

Ces rencontres avec le monde syndical sont toujours très intéressantes, donnant lieu à une discussion commune beaucoup plus qu'à la transmission unilatérale d'une « expertise » de notre part. Une large part est toujours consacrée aux débats. C'est d'ailleurs sur ce modèle que fonctionne le CIST : il s'agit plus d'une mise en commun d'expériences et de compétences plutôt que la prétention de détenir un savoir et de le délivrer à une assistance passive. En aucun cas les forums ne proposent des « conduites à tenir » ou « solutions miracles » aux problèmes de santé au travail. Le but est plutôt d'alerter, de provoquer la réflexion, et de fournir à l'assistance

des moyens d'inventer ses propres solutions en tissant des liens entre syndicats et professionnels de la santé au travail.

- **Autres activités** : le CIST est quelquefois sollicité par des mouvements associatifs.

Ainsi, le CIST a été associé en 2006 à un cycle de projections-débat autour de la santé au travail et de la violence au travail, cycle organisé par ATTAC et les cinémas UTOPIA. Des membres du CIST ont participé à 4 débats suite aux projections des films « Sauf le respect que je vous dois », « Ils ne mourraient pas tous... », « Mi piace lavorare » et « Hôpital au bord de la crise de nerfs »

Les médecins du CIST sont quelquefois sollicités par des syndicats pour participer à des sessions de formations de membres de CHSCT.

CONCLUSION :

Ce tableau idyllique est toutefois à modérer. Les moyens dont dispose le CIST ne cessent de

diminuer. Aucune subvention de fonctionnement ne nous est allouée, et seule une cotisation annuelle des quelques unions locales ou départementales de quelques syndicats (notamment la CGT et SUD) nous permet de survivre. Certains syndicats, pour des raisons obscures, nous ont totalement lâchés. Mais surtout les volontaires prêts à s'investir dans les permanences se font de plus en plus rares, alourdissant d'autant la charge de ceux qui restent, et qui sont en train de s'épuiser !

Je pense que les forums ont encore de l'avenir, par contre les permanences ne sont pas viables à long terme avec l'organisation actuelle. Nous allons devoir inventer d'autres solutions, trouver d'autres moyens humains et financiers. Des pistes restent à explorer du côté des collectivités locales. Espérons que nous arriverons à pérenniser le CIST, et à continuer à rendre service aux plus défavorisés en matière de santé au travail.

Le SNPST, Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail, est ouvert à tous les professionnels de la santé au travail.

N'hésitez pas à aller sur notre site pour mieux nous connaître :

<http://snpst.org>.

Ou à nous contacter par mail : courrier@snpst.org

ou par téléphone : 05 61 99 20 77

Si l'avenir de la santé au travail vous préoccupe, rejoignez nous.

Pour vous abonner à la revue et au journal, téléphonez au secrétariat du SNPST

REPÉRER LES CLUSTERS DE MALADIES PROFESSIONNELLES

L'absence d'alerte, l'absence de déclaration d'un cluster conduit automatiquement à l'apparition de nouveaux cas...

*UNE INTERVIEW DE HENRI PEZERAT, TOXICOLOGUE,
DIRECTEUR DE RECHERCHE HONORAIRE AU CNRS*

Une perte immense



Henri Pezerat, notre compagnon de lutte, nous a quittés au soir du 16 février 2009. De Jussieu au Clemenceau en passant par l'interdiction de l'amiante dans notre pays et la prévention des risques, il restera l'image d'un des pionniers des luttes contre l'amiante et bien d'autres fauteurs de mort. Scientifique hors pair, dénonciateur intransigeant des responsabilités industrielles, financières et politiques des désastres sanitaires que nous connaissons, il avait pour préoccupation essentielle l'humain. Il n'était pas toujours tendre avec l'institution « médecine du travail » et avec les médecins du travail qui n'ont pas su « éviter » la catastrophe de l'amiante. Fidèle jusqu'au bout à ses combats, il a accepté, très peu de temps avant sa mort, de nous parler des clusters, pratique innovante en santé au travail pour laquelle il était convaincu.

M. Pezerat, pouvez-vous nous dire ce qu'est un cluster ?

Un cluster est un regroupement de cas liés à une origine commune, propre, en milieu de travail, à tel atelier, à tel poste de travail. Il est évident qu'il existe, çà et là, des excès de maladies professionnelles qui constituent un cluster ; ils sont parfois pris en compte, parfois non pris en compte par les médecins du travail, mais rarement considérés comme un ensemble, décrits et combattus comme tels, présentés globalement au CHSCT accompagnés d'un plan de prévention.

Par exemple, deux cas de TMS dans un atelier de vingt personnes quelques années après l'instauration de nouvelles conditions de travail doivent être perçus comme une alerte et le troisième cas signera l'apparition d'un cluster impliquant, en terme de prévention, des transformations de ces conditions, avec appel à un expert en ergonomie. Deux cas de tumeur de la vessie dix à vingt ans après la mise en route d'une nouvelle fabrication dans un atelier de cent à deux cents personnes, doivent engager l'alerte et des déclarations de maladie professionnelle en référence ou non au tableau. Un troisième cas doit entraîner la déclaration d'un cluster et la préconisation d'une enquête toxicologique pour identifier le ou les produits à

substituer, et en attendant, des mesures renforcées de prévention et un suivi médical adapté du personnel- sous traitants inclus- fréquentant cet atelier.

L'absence d'alerte, l'absence de déclaration d'un cluster conduit automatiquement à l'apparition de nouveaux cas, année après année, et il est de la responsabilité des médecins du travail de s'engager auprès de l'employeur, auprès du CHSCT, auprès des travailleurs pour enrayer le processus d'extension des cas.

Pensez-vous que l'on prend suffisamment en compte les clusters en santé au travail ?

Ce qui domine encore, chez les médecins généralistes en raison de la dispersion de leur clientèle, mais également chez les médecins du travail, c'est une perception des pathologies au cas par cas, et non une perception globale prenant en compte non seulement les pathologies, mais le lieu et la date d'apparition et les conditions de travail pouvant être associées à la survenue de ces maladies.

Si l'on prend par exemple le cas des pathologies dues à l'amiante il n'est pas normal que les médecins du travail n'aient pas signalé, haut et fort, l'existence, au minimum, de fibroses pleuro pulmonaires et la nécessité de la

substitution. La réponse « On ne savait pas » ne fait que tenter de masquer le fait que les médecins du travail n'ont pas su assumer la tâche d'une vision collective des pathologies et des risques, et les responsabilités qui en découlent. Mais il est vrai que la tâche est plus difficile pour les médecins des services inter-entreprises...bien qu'il puisse être attendu quelques progrès si un travail de mise en commun des informations recueillies par l'ensemble des médecins du service est mis en œuvre. A l'extrême, rassembler et faire connaître de telles observations parmi les populations de travailleurs des entreprises sous traitantes et chez les intérimaires est quasiment impossible, sauf s'il existe des associations ou syndicats de salariés ou de médecins permettant de regrouper les cas. Remarque qui conduit à proposer un système d'échanges des observations entre médecins du travail sur les clusters de pathologies professionnelles. Ceci rejoint les interrogations du syndicat des médecins du travail et de nombreux praticiens sur le travail en réseau et l'existence d'un cadre permettant la collaboration entre médecins

Quelles évolutions vous paraissent nécessaires ?

Au-delà des simples échanges, la nécessité d'un travail collectif se pose également pour

faire face aux résistances et aux pressions des employeurs qui, en règle quasi générale, font obstacle aux déclarations de maladies professionnelles, aux mesures de prévention et de substitution. L'échelon collectif est indispensable pour rassembler les cas de cluster, pour leur assurer une certaine publicité et éventuellement une médiatisation, et même, dans certains cas, pour assurer un soutien juridique aux médecins qui rencontrent des difficultés avec l'employeur. Mais n'est-ce pas également le rôle d'un syndicat de médecins de fournir une telle plate forme d'échanges et de soutien ?

Le temps n'est-il pas venu pour les médecins du travail de s'interroger sur leur rôle dans la société ? Chaque année leur coût est de l'ordre, au minimum, d'un demi milliard d'euros. Pour quel bénéfice pour la société ? Qu'apportent-ils globalement à la prévention des maladies professionnelles ? Répondre à ces questions n'implique-t-il pas une évolution vers une pratique plus collective de recherche des clusters et d'action pour les dénoncer et les proscrire. Une attitude constamment « frileuse » en matière de déclaration des maladies professionnelles freine la visibilité de celles-ci au lieu d'en être un moteur .

Quelques mots à ce sujet sur les consultations de pathologie professionnelle. Elles ne peuvent être, dans l'état actuel du milieu, quasiment d'aucun secours pour aider à repérer les clusters, en comprendre l'origine, croiser les observations, soutenir les médecins du travail en première ligne au niveau des entreprises. N'est-il pas temps, là également, de demander aux professeurs d'université qui dirigent ces

centres et aux médecins hospitaliers qui occupent un rôle de « conseillers » ou consultants des grandes entreprises, d'en finir avec la multiplication des casquettes. Aujourd'hui dans toute Agence ou Institut en charge d'une question relevant de la santé publique il est demandé aux experts consultés de faire connaître les éventuels conflits d'intérêt les concernant et il en est tenu compte dans les choix des personnes retenues. Pourquoi n'en est-il pas de même pour occuper les postes de responsabilité dans les consultations de pathologies professionnelles ?

Est-il normal qu'au niveau du Ministère du travail la règle de non cumul ne s'applique pas lors du choix des experts appelés comme rapporteurs pour une quelconque modification d'un tableau de maladie professionnelle ? Par exemple l'an dernier le tableau 84 a été modifié de façon ultra restrictive quant aux conditions de reconnaissance des encéphalopathies dues aux solvants. Le rapporteur choisi était, par ailleurs, un « consultant » à un haut niveau du principal producteur et vendeur de solvants en France ! N'est-il pas temps de changer les règles ?

Que pensez-vous de l'apport de l'épidémiologie pour la vision collective des problèmes de santé au travail ?

Face à un cluster faut-il se précipiter pour demander une enquête épidémiologique ? C'est loin d'être évident, si l'on en juge par les piètres résultats de telles enquêtes dans la sidérurgie à Dunkerque, dans la chimie à Pont de Clay et à Commentry, à France Télécom, etc. En réalité si les enquêtes sur le terrain,

associant le CHSCT et des organisations syndicales et associatives, sont bien faites avec la collaboration de médecins du travail, il n'est nul besoin, pour mettre en évidence l'existence de clusters, de lourdes enquêtes de mortalité et même d'enquêtes cas témoins qui sont le plus souvent trop loin des réalités du terrain.

Le problème n'est pas de rejeter l'épidémiologie mais de redéfinir son mode d'intervention, ce qui mériterait un débat qui ne peut être qu'esquissé ici.

Le rôle de l'épidémiologie pourrait être beaucoup plus positif si cette discipline permettait la construction de véritables dispositifs de signalement des cas, en définissant le cadre de son action à partir des résultats des études toxicologiques sur les expositions, des données probables sur les temps de latence, et des indications précises sur les postes de travail. Une telle action aurait non seulement l'intérêt d'une estimation de l'importance des risques, mais permettrait également de mieux construire le suivi médical post exposition et post professionnel.

A partir du moment où la toxicologie et la clinique mettent en évidence des effets négatifs sur la santé on n'a pas à demander à l'épidémiologie de prouver une relation causale - ce qu'elle ne peut pas faire - mais de vérifier l'existence de ces effets et de les relier à toutes les caractéristiques disponibles de l'exposition, en tenant compte des différences générées par la division du travail entre salariés en production, en maintenance, en nettoyage, lors de l'arrêt de la production, etc.

COLLECTIF d' **I**NFORMATION **S**ANTE AU **T**RAVAIL

VOUS ETES ...

Salarié, isolé au travail ou dans une petite entreprise, vous avez des problèmes de santé et/ou des difficultés dans votre travail

Médecin généraliste ou spécialiste

Travailleur social

Des professionnels
Des syndicalistes
Des mutualistes

Vous écoutent et vous conseillent sur les problèmes et les questions concernant la santé au travail

NOUS VOUS PROPOSONS ...

Un lieu d'écoute, de conseil et d'orientation. Dans un environnement serein et en toute discrétion

VOUS VOULEZ ...

Etre écouté sur vos difficultés

Trouver des réponses à vos questions sur :

- vos conditions de travail,
- votre santé et votre sécurité au travail

En savoir plus sur les risques et les maladies professionnels : bruit, manutention, risques toxiques, stress ...

Mieux connaître les démarches pour résoudre les problèmes de santé au travail, de déclaration de maladie professionnelle, de reclassement...

Vous pouvez nous rencontrer,

de 17h30 à 19h30, tous les 2^{ème} jeudi de chaque mois, impasse Mas à Toulouse (près Arnaud Bernard)
un professionnel de la santé au travail et un représentant syndical vous accueilleront

CONTACTEZ NOUS !

Laissez-nous un message exposant votre demande.

Coordonnées :
CIST Midi-Pyrénées

Boîte vocale : 05 61 62 65 19

Adresse : 12 impasse Mas - 31000 Toulouse

Mail : cisttoulouse@yahoo.fr

Nous tenterons de répondre à vos questions par tout moyen approprié