

**>> Sommaire**

- Actualité du syndicat** ... p 2  
• Du rififi au CISME
- Terrain** ..... p 3  
• Enquête réactions du terrain au JST 37
- Institution** ..... p 4  
• Un Collège de Spécialiste de médecine du travail créé le 20 octobre 2009
- Entretien** ..... p 5  
• Un médecin du travail à abattre
- Chantier** ..... p 6  
• Dossier médical en santé au travail : recommandations HAS
- Eurêka** ..... p 7  
• Premier colloque E-pairs : le lien santé travail
- Recette pour une réforme ..... p 8

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

**N° 38****NOVEMBRE 2009****>> Éditorial**

La vie continue

L'avis continu

**Fin de la négociation sur la réforme entre partenaires sociaux.**

Nous restons sur notre faim...

**Nous saluons l'unité syndicale des confédérations syndicales ouvrières qui ont rejeté la réforme « MEDEFIENNE » qui signait l'arrêt de mort de la médecine du travail.****C'est aujourd'hui à l'Etat de prendre ses responsabilités.****Nous avons toujours revendiqué que les questions de SANTÉ TRAVAIL relevaient de l'Etat Régalien et ne pouvaient être « négociées » entre partenaires sociaux, en l'absence des professionnels.****Notre avis est toujours le même.****Plus que jamais, tous les acteurs de santé au travail - médecins - infirmiers - assistantes - IPRP doivent s'unir et se mobiliser pour être entendus.****MOBILISATION GENERALE !****Seule cette mobilisation peut infléchir les décisions qui vont être prises dans les mois à venir.****C'est dans les services qu'il faut convaincre tous les acteurs à se mobiliser et pourquoi pas... à se syndiquer.****EL PUEBLO UNIDO JAMAIS SERA VINCIDO !****Jean Claude Guiraud**

## Recette pour une bonne réforme

Par Gilles Arnaud

**La réforme du système de prévention en Santé au Travail, trop longtemps attendue, est indispensable et urgente. Mais au moment de remettre l'ouvrage sur les fourneaux, plusieurs questions incontournables doivent trouver des réponses adaptées. Une revue de celles-ci va permettre d'établir la liste des éléments et ingrédients nécessaires.**

**Décloisonner du ministère du travail**

On constate, malheureusement que les questions d'atteintes à la Santé du fait du travail transcendent les clivages institutionnels, et méprisent les barrières attribuées depuis plus de cinquante ans aux questions de prévention en Santé Travail, les cantonnant ainsi au niveau du ministère du travail. De plus il est reconnu par tous que le système français est dichotomisé entre les soins et la prévention laissée en jachère. Il s'agit dans le cadre d'une politique de santé, de proposer une réforme globale du système de prise en charge des questions de santé travail. Si la prévention, au même titre que la réparation, est à la charge des entreprises, toutes deux nécessitent un encadrement appuyé de l'Etat. C'est bien à ce dernier de prendre la responsabilité constitutionnelle de préserver la santé des citoyens, y compris dans leur travail. Les questions de santé au travail devront relever de la politique régaliennne de santé publique et être instruites au niveau de la représentation nationale.

Le Ministère du Travail ne reste plus le ministère de tutelle, et devient un acteur parmi d'autres.

**Une couverture universelle**

Terminer la couverture de la prévention en santé au travail en la rendant à la fois obligatoire et universelle est le second objectif à réaliser. Il s'agit de prendre en compte la santé au travail des artisans, des travailleurs à domicile...ainsi que des chômeurs. Ces derniers étant en première ligne, avec des expositions ponctuelles mais très fortes à des risques professionnels majeurs.

**...et solidaire**

Apporter une réponse à l'inégalité des travailleurs devant les risques professionnels est un autre enjeu. Des différences

importantes existent entre le régime général, les Fonctions Publiques, le régime agricole, les régimes spéciaux...

Gommer ces inégalités est un enjeu de taille. Les questions de prévention de la santé au travail ne sont pas à traiter de manière particulière, au gré de négociations de branches ou de décisions spécifiques de Ministères de tutelle.

Un travailleur exposé à un produit cancérigène, à une organisation du travail pathogène...doit voir sa prise en charge identique quelle que soit sa branche professionnelle... Le troisième objectif, consiste à assurer une couverture égalitaire, sans pour autant négliger les particularités locales.

**Restructurer**

Du côté de l'organisation du système et des structures, il existe de nombreuses anomalies.

En effet, outre la multiplicité des réglementations spécifiques évoquées plus haut, on constate dans un même régime de nombreuses configurations dont certaines sont microscopiques, comme, par exemple, les très petits services interentreprises de santé au travail.

Face à cette poussière de petites structures, une organisation plus opérationnelle peut être mise en place.

Une agence nationale de santé au travail complétée par des structures régionales regroupant les associations actuelles serait une réponse adaptée.

Cette organisation aurait l'avantage de mieux cerner les besoins en santé au travail.

Pour sa part, l'agence nationale pourrait produire à la fois des

indicateurs et des données scientifiques permettant de proposer des orientations pertinentes en matière de politique de prévention santé travail.

De son côté l'échelon régional en relation avec l'agence nationale pourrait, à partir des indicateurs régionaux, décliner une politique régionale de prévention adaptée. Au niveau du terrain, ces propositions seront prises en compte avec l'accord des représentants des salariés et sans mettre en difficulté la nécessaire indépendance des professionnels.

Le quatrième enjeu consiste à créer des structures Nationales et Régionales opérationnelles.

**Financer**

Le financement et plus particulièrement le niveau de cotisation est une question incontournable. En effet, les gestionnaires actuels procèdent à une démarche comptable avec gestion équilibrée, et ne cherchent pas, comme on pourrait s'y attendre à évaluer les besoins en santé travail afin de débiter des budgets en



Coron 09

**>> suite page 8 >>**

## >>Actualité syndicale>>

# Du rififi au CISME

Par Yves Henri Martin

Toute réforme envisagée par les pouvoirs publics nécessite maintenant l'ouverture de négociations paritaires nationales. C'est dans ce cadre que se sont déroulées les laborieuses rencontres paritaires nationales concernant la réforme du système de prévention en santé au travail. Alors que le calendrier initial prévoyait la fin des travaux pour le mois de décembre 2008, le dernier rendez-vous a eu lieu au mois de septembre 2009 ! Pourtant, il y a urgence car nous sommes aujourd'hui face à une crise majeure du système de prévention en santé au travail qui, d'une part, ne répond pas aux besoins des travailleurs dans ce domaine et d'autre part, est confronté à une impasse réglementaire. Ce constat, qui a fait l'objet de nombreux rapports, est largement partagé par les partenaires sociaux, les professionnels et les pouvoirs publics.

Lors de la dernière séance de la Commission Nationale Paritaire, il nous a été annoncé que Monsieur Gabriel PAILLEREAU ne dirigerait plus la délégation patronale. Et pour cause ! Il a fait l'objet d'une mesure disciplinaire et a été licencié après plus de 20 ans de « bons et loyaux services » comme Délégué Général du Centre Interservices de Santé et de Médecine du Travail (CISME).

La délégation patronale, conduite actuellement par Monsieur Alain de la BRETESCHE qui cherche à imprimer sa marque en imposant une méthode de négociation nouvelle, a souhaité que les réunions de négociations proprement dites soient précédées de réunions préparatoires en comité restreint composé d'un représentant par organisation représentative des salariés et d'une représentation patronale réduite elle aussi et incluant leur(s) juriste(s).

Le SNPST, très réticent sur cette façon de procéder qui peut conduire à un projet d'accord à minima, concocté en petit comité, rendant illusoire la véritable négociation qui elle doit se tenir en réunion plénière, a cependant décidé de ne pas pratiquer la politique de la chaise vide et a missionné un représentant pour assister aux groupes de travail. Le mandat donné est justement de rappeler que les négociations relèvent des réunions plénières et qu'en aucun cas, les discussions tenues lors des groupes de travail ne doivent se conclure par un projet d'accord déjà « ficelé ». C'est cette méthode qui a été employée lors des négociations de l'accord sur le travail des « seniors », négociations conduites à marche forcée que deux organisations, la CFTC et la CFE-CGC, ont signé. La CFDT a exercé son droit de veto. Le SNPST, qui considère que les termes de l'accord proposé à l'issue d'une trop courte négociation n'apportent rien de concret, ne l'a pas signé. Son extension est demandée, les Services de Santé au Travail sont donc à l'abri de la menace de la pénalité de 1% de la masse salariale, sans pour autant avoir à mettre en œuvre de véritables actions en direction des salariés âgés...

Les négociations salariales doivent démarrer sous peu. La reprise des négociations sur la grille de classification des emplois est restée en suspens...

Verrons-nous le CISME mettre la même ardeur et autant de célérité pour répondre favorablement aux demandes légitimes des salariés toujours plus sollicités ?

## CARNET DE RENDEZ-VOUS

Dans le cadre de la réforme annoncée de la santé au travail en 2010, le SNPST a fixé un rendez vous avec Monsieur Bruno Dupuis, Conseiller Technique de Xavier Darcos le 17 novembre 2009 ainsi qu'avec Jean Denis Combexelle, Directeur Général du Travail le 20 novembre 2009.

D'autre part, le SNPST a demandé une audience au Ministre du Travail Xavier Darcos, nous attendons sa réponse.

Le syndicat a pris contact avec les partis politiques pour leur présenter ses propositions « Pour une nouvelle prévention en santé au travail ».

Dans un second temps, lorsque le projet de loi sera annoncé, il saisira les parlementaires.

## Contentieux

# Responsabilité civile professionnelle : réponses du Sou Médical

Par Michel Hamon



Depuis maintenant environ un an, les médecins du travail sociétaires du sou médical (MACSF) se sont vus proposer la signature d'un avenant à leur contrat de responsabilité civile professionnelle, excluant les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile encourue au titre de leurs activités salariées. La couverture de cette responsabilité doit en effet être assurée par l'établissement employeur conformément à l'article L.1142-2 du code de santé publique (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité

du système de santé). Cette demande d'avenant faisait suite notamment à un arrêt de la cour de cassation du 12 juillet 2007 qui avait reconnu la possibilité pour l'assureur d'un établissement de soins, de se retourner contre l'assureur d'un préposé ayant commis une faute. Si on pouvait comprendre cette argumentation du point de vue de l'assureur, il n'en demeurerait pas moins que, de notre point de vue, un certain nombre de questions restaient posées concernant notamment les dispositions contenues dans les contrats des médecins, les règles du code de déontologie médicale qui consacrent la responsabilité personnelle du médecin vis-à-vis de ses décisions et de ses actes, les conséquences d'un éventuel revirement de la jurisprudence, le maintien du niveau de cotisation...

En décembre 2008, nous avons indiqué à nos adhérents qu'il n'y avait aucune urgence à signer l'avenant en l'absence de réponse claire de l'assureur à nos interrogations. Par la suite certains médecins ont reçu des courriers très ambigus de la part de la MACSF allant de la menace de modification unilatérale de leur contrat, à l'envoi d'une lettre de résiliation du contrat à l'échéance annuelle plusieurs mois avant celle-ci, en passant par le maintien du contrat en l'état prenant acte du refus de l'assureur d'un service de santé au travail de prendre en charge la responsabilité civile des médecins !

Nous avons écrit le 18 mai 2009 à la direction du sou médical que nous avons rencontré le 11 septembre dernier. Les réponses apportées à nos questions sont reprises dans une interview disponible sur le site internet (snpst.org - onglet actualité - rubrique contentieux) et qui apporte aussi des précisions en ce qui concerne les actes pris en charge par l'assurance et notamment sur des sujets actuellement à l'ordre du jour, tels que les vaccinations. Au total :

- 1/ la responsabilité civile professionnelle des médecins du travail doit être couverte par l'employeur pour les actes inclus dans leur mission. Nous conseillons à nos adhérents de vérifier auprès de leurs employeurs que leur assurance responsabilité civile couvre bien leurs salariés et notamment les médecins pour les conséquences financières de leur responsabilité civile professionnelle, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical (Art L.1142-2 du code de santé publique). Il est recommandé de faire préciser les actes considérés par l'employeur comme faisant partie de la mission et couverts par cette assurance. Cette question est à poser par l'intermédiaire des institutions représentatives du personnel d'une part, et éventuellement en demandant individuellement une attestation de prise en charge à la direction de vos services.
- 2/ il est nécessaire pour les médecins de s'assurer personnellement pour la responsabilité civile des actes considérés comme étant hors de leur mission, en fonction de l'activité déclarée à l'assureur et indiquée aux conditions particulières.
- 3/ en ce qui concerne la signature de l'avenant, chacun pourra se faire une idée en lisant l'interview sur le site. Néanmoins il est très probable qu'en l'absence de signature, les contrats antérieurs seront dénoncés par le Sou médical à l'échéance annuelle. On peut estimer que la jurisprudence actuelle est bien établie et espérer, qu'en cas de revirement de jurisprudence, le Sou Médical prendrait ses responsabilités vis-à-vis de ses sociétaires mis en difficulté. Dans le cas contraire il y aurait lieu d'engager des contentieux à son encontre pour défaut d'information. En pratique le choix est donc très limité sauf à se tourner vers une autre société d'assurance.
- 4/ nous profitons de cette mise au point pour recommander à tous nos adhérents (médecins et non médecins) de souscrire une assurance juridique (défense recours) individuelle indispensable en cas de contentieux.
- 5/ enfin, nous vous remercions de continuer à nous signaler tout dysfonctionnement sur ces sujets.

### Inaptitude médicale à l'embauche : La procédure doit être respectée

Un arrêt récent du Conseil d'État\* confirme que toute les dispositions du code du travail en cas de délivrance par le médecin du travail d'un avis d'inaptitude d'un salarié à son poste de travail s'appliquent quel que soit le type de visite et notamment lors de la visite d'embauche.

Ainsi, l'article R 4624-31 du code du travail précisant que, « sauf dans le cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après avoir réalisé une étude de ce poste, une étude des conditions de travail dans l'entreprise et deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, d'examens complémentaires », s'applique bien à la visite d'embauche. De même, le recours prévu devant l'inspecteur du travail est ouvert, en cas de difficulté ou de désaccord sur l'avis du médecin du travail, notamment, à tous les salariés recrutés faisant l'objet d'une appréciation de leur aptitude par le médecin du travail et non pas seulement à ceux qui ont été définitivement recrutés au terme de leur période d'essai.

En l'occurrence il s'agissait d'une salariée déclarée inapte le 25 janvier 2002 par le médecin du travail, lors de la visite d'embauche, à l'exercice des fonctions de directrice de crèche. Cet avis avait été infirmé par l'inspecteur du travail. Au terme d'une procédure de plus de 7 ans, le Conseil d'État confirme la décision de la cour administrative d'appel qui était favorable à la salariée !

\* Conseil d'État- arrêt n°314729 - lecture du 17 juin 2009

# Enquêtes réactions du terrain au JST 37

## Données collectées par les médecins du travail : quel devenir et pour qui ?

Par Marie Lucie Hadjadj

J'ai posé ces questions à plusieurs reprises à différents MIRT et à mes confrères, médecins du travail, lors de réunions de préparation des nombreuses études que l'on m'a demandé de faire (Sumer 2003, Evrest, Samotrace, quinzaine des Maladies à Caractère Professionnel (MCP)...); leurs réponses étaient toujours évasives, on m'indiquait que ces données seraient bien utilisées par des gens compétents et que cela serait très utile pour la santé des salariés et on me remerciait par avance pour le travail que j'allais volontairement fournir. De toute façon je n'avais pas tellement le choix, l'agrément de mon service dépendait de la participation de ses médecins à ce type d'étude et on me précisait que cela me permettrait de faire mon action en milieu de travail.

Grace à une jambe dans le plâtre je viens d'avoir la réponse à ces questions. Mon immobilisation forcée m'a permis de me plonger dans la lecture du « Tableau de bord, santé, sécurité, condition travail en région Centre ». J'ai appris sur la couverture de ce document que la DRTEFP, l'Observatoire Régional de Santé, l'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole & l'AGEFIPH ont réuni leurs données pour rédiger ce document. En lisant ce document j'ai regardé les sources des données santé au travail et j'y ai trouvé par exemple : Sumer 2003 (étude de la DARES), des travaux en région, les quinzaines MCP, Samotrace, des travaux de l'AIPST 18. Ces travaux sont basés sur des recueils d'information réalisés par les médecins du travail de terrain dans les services de santé au travail. Les médecins du travail des services de santé au travail ont donc contribué, par leur recueil de données sur le terrain, à l'élaboration de ce tableau de bord. Ces médecins du travail contribuent également au recueil des informations de l'assurance maladie en répondant aux enquêtes lors des déclarations de maladies professionnelles et au recueil des informations des AGEFIPH en collaborant avec elles pour le volet médical des dossiers de prise en charge AGEFIPH.

Pourtant dans l'introduction du tableau de bord, il est précisé que : « Ce premier tableau de bord en région Centre comporte des informations qui devront à l'avenir être actualisées, affinées et complétées avec d'autres sources telles que les données spécifiques des services de santé au travail ». ... Quels efforts supplémentaires les médecins des SST et leurs équipes (IPRP, assistantes, Ide, etc.) devront fournir pour que l'on considère qu'ils produisent des « données spécifiques des services de santé au travail » ? Quel investissement supplémentaire en temps de travail de leurs salariés, médecins et non médecins, les services de santé au travail devront-ils faire pour que l'on reconnaisse qu'ils produisent des « données spécifiques des services de santé au travail » ?

J'ai donc la réponse à mes questions. Que deviennent les données collectées par les médecins du travail ? Elles échappent aux médecins des services de santé au travail et ne sont pas exploitées par eux.

A qui appartiennent les données collectées par les médecins du travail ? A ceux qui exploitent ces données (DARES, Assurance Maladie, AGEFIPH, Direction du Travail...)

Mais je m'en pose une autre : qu'est ce qui justifie un tel mépris pour le travail d'une catégorie de médecins et des personnels des SST qui les assistent ? La conclusion du tableau de bord se termine par cette phrase : « Ce premier tableau de bord pose des éléments de diagnostic sur les conditions de santé de sécurité et de travail des salariés en région Centre, il méritera d'être complété par des études spécifiques ». Une chose est sûre, dans le contexte actuel, je ne participerai pas à ces études spécifiques.

Monsieur Combexelle, Directeur général du travail, a dit au congrès de Tours que le médecin du travail était le pivot du système de la santé au travail, je dirais plutôt qu'il en est la silencieuse cheville ouvrière...

## Traçabilité et enquêtes

Par Annie Chalons



J'ai beaucoup apprécié le dernier JST d'octobre et je vais le mettre à disposition, ce qui est rare, dans la cafétéria du service. Je l'ai trouvé ouvert plus que dénonciateur, tout en restant fidèle à ses positions.

J'ai particulièrement adhéré aux commentaires sur EVREST : il est rappelé à juste titre que l'étude est promue par le CISME et qu'elle est présentée comme une veille sanitaire. EVREST conforte l'idée que cette veille clinique peut être faite sans les médecins du travail (ça tombe bien...) puisque les diagnostics sont imprécis (par appareil) et les risques au travail ne sont que suggérés (par classe). Où s'exprime la professionnalité des médecins du travail ? Quand trouverons-nous un article sur la "démarche de progrès", également promue par le CISME et qui constitue une véritable captation des savoirs et des savoir-faire des médecins du travail ? Comment ne pas faire un parallèle avec les documentaires sur "la mort au travail", et notamment le dernier volet dont le thème est la "dépossession" ?

Là où je trouve qu'il faudrait mettre de la cohérence, c'est au sujet de l'Arlésienne des dossiers médicaux. Nous devrions nous positionner : recueil banal ou lacunaire ou recueil possible mais demandant du temps ?

L'InVS considère que le recueil des médecins du travail n'est pas fiable car trop centré sur les pathologies liées -a priori- au travail (état des connaissances du médecin à l'instant t). Dans le JST il est fait l'éloge du recueil exhaustif des pathologies CIM 10 en Poitou Charente par l'intermédiaire de l'UCPPE. Est-ce

bien judicieux que de nos salariés soient atomisés dans de multiples études sans qu'il soit possible de les appréhender dans leur globalité à travers un recueil intégré à notre pratique quotidienne ? E-pairs s'inspire de SFMG qui milite pour l'informatisation de l'activité diagnostique de ses adhérents.

Que notre logiciel soit imparfait est évident, faut-il pour autant jeter le bébé

avec l'eau du bain ? Si je passe une partie de mon temps à récriminer chez le vendeur, une autre partie est utilisée à subvertir la rigidité de ce qui nous est proposé, et c'est possible.

Dans mon service, 80% des médecins saisissent leurs dossiers. On y trouve les TMS, les tumeurs... mais aussi les varices et le travail debout, les infarctus, les troubles de l'humeur, les dépressions et la surcharge de travail, la description de l'activité en clair, lisible et susceptible d'être complétée, différents items construits sur le vécu du travail (comparaison population entière et une entreprise, suivi de l'évolution).

Tout n'est pas parfait (quelle activité pourrait le prétendre ? le "super" logiciel n'est-il pas une utopie qui nous autoriserait à attendre indéfiniment ?) ni parfaitement utilisable, mais l'amélioration ces dernières années est conséquente. Le dossier papier n'a pas disparu pour prendre notamment les observations complexes de vécu douloureux qui n'est pas saisi, car très personnel et qualitatif.

Est-ce qu'en 20 minutes je peux tout faire ? sûrement pas sur une année mais au fil des ans, tout se complète progressivement. Il est bien intéressant alors, de pouvoir se relire(...), de pouvoir interroger ce que sa mémoire ne peut ni retenir ni transmettre (notamment pour les salariés qui changent d'entreprises ou les entreprises qui changent de médecins).

Notre activité quotidienne est entre autres celle d'un scribe besogneux. C'est le prix à payer pour en faire des synthèses à **notre initiative**.

## ENQUÊTE EUROPÉENNE

Les premiers résultats de la partie consacrée aux accidents et aux maladies dus au travail d'une enquête réalisée en 2007 sur les travailleurs de l'union européenne viennent d'être publiés.

8,6% des travailleurs de l'Europe des 27, avaient eu au cours des douze derniers mois précédant l'enquête un problème de santé lié à leurs conditions de travail, avec des pourcentages très voisins pour les hommes (8,53%) et pour les femmes (8,59%). Le secteur de l'agriculture, de la chasse et des forêts est le plus touché avec 13,47% de femmes et de 10,47% d'hommes. Pour ces derniers, ce sont ensuite les secteurs des mines et carrières, du transport, du stockage et de la communication qui sont le plus touchés, alors que pour les femmes il s'agit plutôt de la santé et des services sociaux.

Enfin, pour les affections musculosquelettiques, c'est le secteur de la construction qui est le plus touché alors que les pathologies anxio-dépressives et liées au stress se retrouvent en majorité dans les métiers de la finance.

Résultats de cette enquête : <http://hesa.etuirehs.org/uk/newsevents/files/Labourforce.pdf>

>> **Institution** >>

# Un Collège de Spécialité de Médecine du travail créé le 20 octobre 2009

par Gérard Lucas



Le capitaine Sterdyniak à la barre du CNMT

**Encore un nouveau machin, un nouvel écran, une structure pour des égos, doivent se dire les médecins du travail en apprenant l'existence d'une institution de plus ; un truc corporatiste de médecins sur la défensive peuvent penser d'autres professionnels de santé. Le JST découvre que la création du Conseil National de Médecine du Travail est une réponse attendue à des besoins et des exigences d'organisation et d'évaluation notamment pour les dispositifs en construction du Développement Professionnel Continu à partir de l'article 59 de la loi HPST.**

**Pourquoi ?**

La Haute Autorité de Santé, notamment depuis les décrets de 2005 sur l'évaluation des Pratiques Professionnelles, recherche la plus large représentation de chaque spécialité médicale pour rassembler les pratiques et les références, confronter des référentiels, élaborer et valider la pertinence et le caractère applicable de recommandations. En médecine du travail, l'hétérogénéité individualisée des pratiques souvent confondue avec l'indépendance et des particularités organisationnelles de chaque SST, associées à une réglementation prolifique et paradoxale rendaient particulièrement difficile la recherche de consensus même minimal.

**Une première initiative trop timide**

Les trois médecins du travail présents dans le Conseil National de Formation Médicale Continue des médecins salariés non hospitaliers (CNFMC) ont perçu la nécessité de constituer une représentation globale de la profession, et ont initié en 2006 sous l'égide du Conseil National de l'Ordre des Médecins un regroupement des acteurs de la médecine du travail. Le groupe s'est donné comme objectif d'inventorier et de mettre en débat les référentiels proposés en Santé au travail. Le caractère informel et bénévole de ce regroupement n'a pas permis le déploiement et la pérennité nécessaire.

La HAS a choisi d'utiliser comme interlocuteur, faute de mieux, la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) pour lancer des programmes de recommandations en santé et travail. Chaque avancée est à saluer, et chaque production à prendre en compte, mais la dimension élitiste de la SFMT, d'universitaires et de quelques médecins du travail, ne peut évidemment suffire à la représentation de la profession ni potentialiser toutes les composantes actives de la profession.

**La Fédération des Spécialités Médicales (FSM)**

La Fédération des Spécialités Médicales annonce regrouper 38 spécialités médicales définies par le diplôme universitaire et la pratique, et élabore en 2008 de nouveaux statuts, une charte et un règlement intérieur qui paraissent garantir une représentation globale équilibrée de toutes les composantes de chaque spécialité médicale : sociétés savantes, universitaires, syndicats professionnels et organismes professionnelles de FMC et EPP. La HAS contracte déjà des travaux avec plusieurs collèges de spécialités, et le cabinet du ministre de la santé prône clairement dans la rédaction des décrets d'application du Développement Professionnel Continu le recours à la FSM.

C'est de nouveau le CNFMC des salariés (Cottreau, Lucas, Saint Paul) qui a pris l'initiative de formaliser une représentation globale de la profession sous forme d'un collège de spécialité de médecine du travail en élargissant les composantes déjà présentes dans la démarche de 2006 : 26 sociétés régionales et nationales de médecine du travail, les syndicats de médecins du travail, le collège des universitaires et les organismes impliqués dans l'évaluation des pratiques professionnelles de médecins du travail.

**Une Assemblée générale constitutive consensuelle**

18 participants représentent 10 sociétés de médecine du travail, le collège des universitaires, 2 syndicats de médecins du travail, 3 organismes acteurs. Les représentants de l'Ordre et du CNFMC, initiateurs, n'ont pas de voix délibérative.

Les statuts du Conseil National de Médecine du Travail (CNMT) sont adoptés. Les élections mettent en place un Conseil d'Administration et un Bureau.

La première décision est de déposer les statuts, de confirmer le siège du CNMT dans les mêmes locaux que la FSM à Paris.

La seconde décision est de convoquer une première assemblée générale d'activité dans les six mois et permettre aux sociétés de médecine du travail et aux organismes absents ainsi qu'à un plus grand nombre d'universitaires de monter dans le train en marche et de s'y impliquer au plus vite, notamment en renouvelant dès cette occasion le premier tiers du Conseil d'Administration. Avec la mise en place du Développement Professionnel Continu et la réforme des services de santé au travail, l'enjeu et les tâches du CNMT sont importants.

**Conseil d'Administration du Conseil National de Médecine du Travail****Collège 1 sociétés savantes**

SMTFL : V. Arnaudo  
SMT Idf Ouest : G. Latscha  
SMT Idf Sud : P. Bouscaillou  
SSTPC : A.M. Carles  
SMT Normandie : D. Tabeclat  
METRANEP : J.M. Sterdyniak

**Collège 2 Syndicats :**

SGMT CFE CGC : C. Expert  
SNPST : G. Arnaud

**Collège 3 Universitaires**

JF Caillard  
Et à désigner

**Collège 4 organismes**

EPPLUS : P. Havette  
E-pairs : A. Deveaux

**Bureau du CNMT**

Président : Jean Michel STERDYNIK  
Vice président : Anne Marie CARLES  
Secrétaire : Christian EXPERT  
Trésorier : Annie DEVEAUX

b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ...

## Annulation du tableau 61 bis par le Conseil d'État

Par un décret en date du 13 décembre 2007, un nouveau tableau de maladies professionnelles, le 61 bis, était créé, prévoyant la prise en charge des cancers broncho-pulmonaires provoqués par l'inhalation des poussières ou fumées renfermant du cadmium. Non seulement la liste des travaux pouvant provoquer ces maladies était définie de façon extrêmement limitative, mais plus grave, ce tableau sur la suggestion du rapporteur à la Commission des Maladies Professionnelles [le professeur Ameille] avait introduit pour la première fois dans un tableau, la nécessité d'un temps minimum écoulé entre le début de l'exposition et la survenue de la maladie (en l'occurrence, 20 ans). Le rapporteur, tout en admettant le caractère arbitraire de la durée choisie, n'en avait pas moins affirmé que cette notion de temps de latence lui paraissait une notion importante qui pourrait être étendue à d'autres agents cancérigènes.

À l'évidence, cette clause méconnaissait totalement les articles du code de la sécurité sociale sur les conditions de reconnaissance des maladies professionnelles et portait atteinte au principe de présomption d'imputabilité. L'ensemble des organisations syndicales nationalement représentatives avai(en)t donc attaqué ce décret en Conseil d'État. Celui-ci, statuant en date du 1<sup>er</sup> juillet 2009, ne pouvait que reconnaître la violation du code de la sécurité sociale et annuler le décret pour excès de pouvoir.

Néanmoins, il y a fort à parier que les organisations patronales vont demander une modification du code de la sécurité sociale pour qu'une telle clause, jugée comme « très intéressante » par la représentante de la CNAMTS à la Commission, puisse être introduite dans les tableaux et généralisée à tous les cancers professionnels.

# Un médecin du travail à abattre

**Le JST a souhaité interviewer un médecin du travail menacé de licenciement dans son service et dont le cas cumule les dérives qui peuvent être constatées dans certains SST : management par l'intimidation et la peur entraînant un manque de solidarité et de confraternité des collègues, dysfonctionnement de la commission de contrôle ou manque de formation de ses membres. Cet exemple montre également la nécessité d'un dispositif de contrôle de l'Etat, et d'une intervention efficace de ses services déconcentrés.**

*Que s'est-il passé dans ce petit service interentreprises de santé au travail qui fonctionne sans agrément ?*

Le Dr S. y exerce la médecine du travail. Elle se voit affecter le secteur le plus industriel du service, avec une proportion de SMR importante. Elle assume l'intégralité de ses tâches avec les moyens qui lui sont attribués, qui sont vétustes et limités.

Un jour, le médecin est convoqué par le président et la directrice de son service. Dès le début de l'entretien le ton est à l'intimidation, et rapidement on lui fait cet étrange demande : « **nous voulons votre démission, si vous refusez, nous vous licencierons** ». Aucun motif objectif n'est précisé, la direction évoque son savoir faire et son expérience en matière d'éliminer des salariés, ils l'ont déjà fait.

Face au refus du médecin, les menaces de la direction sont alors mises à exécution, elle prononce la mise à pied immédiate.

*SNPST : Dans quel état d'esprit étiez-vous à la réception de cette lettre de licenciement ?*

**Dr S :** Je ne comprenais pas ce que l'on me reprochait. Il n'y a pas de motif connu à ce jour, j'ai réagi avec calme et détermination de façon à ne pas tomber dans les pièges grossiers qui m'étaient tendus.

*SNPST : Comme par exemple ?*

**Dr S :** Le manque de moyens répétés, les ordres contradictoires, les changements surprenants sans aucune concertation, la surveillance des faits et gestes, les heures au bureau, en entreprise ou à la brasserie, la recherche d'un éventuel retard (faute jamais retrouvée) sont des techniques connues pour que le salarié soit lassé et démissionne. Pas de coût pour l'employeur.

*SNPST : Quels ont été les motifs de licenciement annoncés ?*

**Dr S :** Ils évoquent la longue attente d'un salarié, des secrétaires maltraitées qui auraient démissionné.

*SNPST : Vous parlez de manipulation des collègues ?*

**Dr S :** La direction m'a opposé une pétition signée par l'ensemble du personnel du service demandant ma démission.

*SNPST : Cela signifie que vos collègues médecins ont signé ?*

**Dr S :** Oui, mais ils le regrettent. Ils ont reconnu avoir

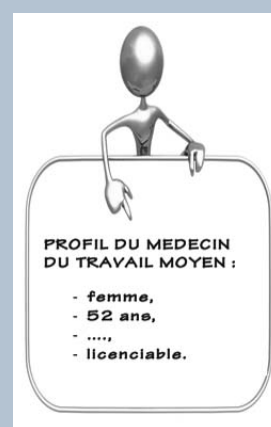
signé sous la pression de la direction. Il faut savoir que c'est la direction qui a rédigé la pétition, et que l'ensemble des personnels a été convoqué un par un dans le bureau de la directrice pour signature...

*SNPST : Que s'est-il passé ensuite ?*

**Dr S :** Mise en place de la procédure : réunion de la Commission de Contrôle, la directrice a avancé des propos hors sujet, critiqué l'avis médical, le planning du médecin, la pétition a été présentée... La commission a voté « POUR » le licenciement !

L'Inspecteur du Travail a été saisi pour autorisation du licenciement. Il a procédé à une enquête remarquable qui a pu démonter les arguments faux et non fondés de la direction.

L'Inspection du travail a donc donné un avis négatif au licenciement, le service a fait appel.



*SNPST : Et pendant ce temps là, que deveniez-vous ?*

**Dr S :** J'ai vécu sans ressources le temps de l'enquête, ensuite en arrêt de maladie.

*SNPST : Vous n'aviez que les IJ pour vivre ?*

**Dr S :** Même pas, la direction refusait de remplir les documents demandés par la CPAM m'ouvrant droit aux IJ.

*SNPST : Où en est l'appel suite à l'avis de l'inspection du travail ?*

**Dr S :** C'est le ministère qui a instruit le dossier. Il a confirmé le refus de licenciement prononcé par l'Inspecteur du Travail.

*SNPST : Comptez-vous contre-attaquer ?*

**Dr S :** L'affaire est entre les mains de la justice.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins est intervenu et a rappelé l'article R4127-56 du Code de Déontologie Médicale (*Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil*

départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité).

*SNPST : Que va-t-il se passer maintenant ?*

**Dr S :** Je reprends le travail la tête haute, puisque j'ai été lavée, réhabilitée, malgré toutes les accusations calomnieuses qui ont été portées contre moi. Ce n'est pas facile.

*SNPST : Et, au final, comment analysez-vous toute cette affaire ? Pourquoi tant d'acharnement sur votre personne ? Vous n'étiez pas particulièrement en conflit avec votre direction ? Ni avec les employeurs ?*

**Dr S :** Non, pas du tout ! Rétrospectivement, avec tout ce que j'ai appris et compris par la suite, je pense que la décision de mon licenciement était prise quelques mois auparavant. Les raisons en sont sans doute financières. S'agirait il de placements hasardeux ? Il y aurait aussi des rumeurs quant à la fréquence des visites médicales annuelles qui passeraient à 3 ou 4 ans. Le projet de ce petit service de remplacer un médecin par une infirmière, de faire effectuer le tiers temps médical par les secrétaires aboutissait à une réduction des besoins en médecins.

Récemment, j'ai appris qu'un autre médecin commence à subir des pressions ressemblant étrangement à ce qui m'est arrivé. Ce service de Médecine du travail veut fonctionner sans médecins, sans règles, augmenter la « productivité » des médecins, le tout sans agrément.

C'est dommage que la seule communication entre le service et les entreprises soit réduite à la demande des cotisations ; l'argent doit être bien utilisé, donner les moyens aux médecins pour travailler. Nous n'avons pas le matériel de base.

Ce qui est certain, c'est que j'ai résisté, la fuite n'était pas la solution la plus adaptée ; il y a des règles qui s'imposent aux médecins, que nous respectons ; l'administration a essayé de casser le secret professionnel et l'indépendance du médecin.

Mon souhait, en témoignant, est d'alerter les médecins du travail sur la méthode employée : il est facile pour une direction de service, de faire pression sur les secrétaires en accusant un médecin de harcèlement. C'est donc une méthode qui semble de plus en plus répandue, et on peut même se demander si les directions de services ne reçoivent pas des conseils en ce sens.

b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ... b r è v e ...

## Fondation Henri Pezerat : Santé - Travail - Environnement

HENRI PEZERAT "expert-militant" connu pour son action emblématique contre l'amiante et les risques industriels, est décédé le 16 février 2009. Celles et ceux qui ont pu oeuvrer avec lui ont décidé de poursuivre le travail dont il est fondateur, de se constituer en association et de faire de ses archives un outil de mémoire vivante au service des combats à mener.

Comme l'a indiqué Annie Thébaud-Monny, élue présidente, "Henri Pezerat était convaincu que l'on ne peut séparer production de connaissances et action militante pour la santé, la vie, la dignité de tous ceux mis en péril par un développement industriel capitaliste dénué de tout respect de la vie humaine". Cette démarche est indissociable du recours à la justice.

**Contact : Mme Nicole VOIDE 21 rue du Commerce 94310 ORLY**



&gt;&gt;Chantier&gt;&gt;

# Dossier médical en santé au travail : recommandations HAS

Par Dominique Huez - Gérard Lucas

*En matière de santé au travail, la production de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'était cantonnée aux référentiels de suivi d'exposition à l'amiante et au dépistage par fibroscopie du nasopharynx après exposition aux poussières de bois. C'était la demande des caisses d'assurance maladie et cela concernait autant les pneumologues et les ORL que les médecins du travail.*

*De nombreuses équipes se sont investies déjà sur la conception et l'amélioration de dossiers médicaux pour les services de santé au travail. Les souhaits d'harmonisation, les velléités d'exhaustivité et l'attente d'un dossier informatisé magique et respectueux de la déontologie, laissent encore beaucoup de professionnels sur leur faim. La HAS se devait de dépasser les paradoxes d'une réglementation inapplicable sur le terrain et de l'aléatoire d'une réforme insaisissable en cours. Mais la HAS a fait là un réel travail qu'il reste à utiliser. Site : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)*

## La méthode du consensus formalisée

Le choix du dossier médical du travail par la HAS a été aiguillonné par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2007 et l'avis du Conseil Économique et Social de 2008. La méthode du consensus formalisée, utilisée par la HAS, repose sur la constitution de groupes de travail qui se superposent et se complètent : le comité d'organisation, le groupe de pilotage, le groupe de cotation avant la rédaction d'une première version, puis le groupe de lecture avant la version finale et sa validation. La cooptation des professionnels mobilisés est supposée être compensée par un éclectisme et l'exigence de la déclaration des conflits d'intérêt.

L'argumentaire qui présente l'ensemble du travail n'élué pas les ambiguïtés de l'objectif dans le contexte d'instabilité actuelle. On y trouve les références sur les missions de la médecine du travail, du questionnement sur l'utilité préventive des avis d'aptitude, les limites institutionnelles des liens avec le système de soins. Le constat est lourd : dans les dossiers médicaux, l'investigation et les traces de santé au travail y sont souvent très faibles à côté des avis d'aptitude et de quelques données de santé disparates sans lien avec le travail.

## Objectifs du DMST

La dénomination Dossier Médical en Santé au Travail (DMST) est conforme à la définition de l'objectif qui était primordial : *Améliorer la qualité des informations permettant d'évaluer le lien entre l'état de santé du travailleur et le(s) poste(s) et les conditions de travail actuels et antérieurs. avec un consensus sur le principal : aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur d'une part et le poste et les conditions de travail d'autre part, à proposer des mesures de prévention, à faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et*

*de maintien ou non dans l'emploi ; participer à la traçabilité des expositions professionnelles, des informations et conseils de prévention professionnels délivrés au travailleur, des propositions en terme d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi.*

## Recommandations

Les recommandations sur le contenu du DMST portent sur quatre domaines inéluctables : les informations socio administratives, celles concernant l'emploi, celles concernant la santé des travailleurs en lien avec le travail, les propositions et avis du médecin du travail.

La gradation du niveau de preuve habituellement recherchée pour tout référentiel n'est pas opérationnelle pour le contenu du dossier et fait place ici à la notion d'accord professionnel, ce qui n'enlève pas la pertinence des propositions, mais implique un questionnement constant de la profession pour la remise à jour.

La tenue du DMST est à juste titre interpellée : *La tenue du DMST doit permettre d'assurer la traçabilité de ses éléments : les coordonnées des médecins du travail, des personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail et des services médicaux successifs sont notées dans le dossier ; les différents éléments du dossier sont datés, identifiés au nom du travailleur, et ils mentionnent l'identité du professionnel les ayant renseignés.*

L'utilisation de **thésaurus** est invoquée aussi. Il y a au moins un consensus professionnel concernant l'utilisation du code NAF actualisé pour le secteur d'activité et de la CIM pour les données de santé.

Ce qui peut être attendu par beaucoup de praticiens de médecine du travail, les modalités et critères de **choix du logiciel** de gestion des informations médicoprofessionnelles pour le DMST.

*Il est souhaitable que le DMST soit informatisé.*

- *Le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées. (il est précisé aussi : la gestion des accès est assurée par le médecin du travail administrateur du logiciel, mandaté par ses pairs).*
- *Le logiciel doit permettre de retracer la carrière et les expositions du travailleur.*
- *Le logiciel doit aider le médecin du travail à gérer son activité de prévention.*
- *Le logiciel doit permettre une exploitation collective des données issues du DMST par le médecin du travail ou en coopération avec d'autres médecins du travail.*

Une mention pour la délimitation raisonnable de l'intervention de la secrétaire médicale et de l'infirmier en santé au travail par délégation du médecin, ce qui consacre l'unicité du DMST sans confusion avec les autres partenaires IPRP ou administratifs.

En revanche si la conservation des dossiers médicaux est abordée, il est bien précisé que leur transfert ne l'est pas et reste une question où les injonctions légales pratiques ou éthiques ne trouvent pas encore de consensus.

**143 items au total** font l'objet d'une recommandation dans ce consensus formalisé sur le DMST. La mise en oeuvre systématique et intégrale des 143 recommandations pour chaque dossier serait évidemment une gageure où les moyens en temps médical seraient en importante augmentation au lieu du démantèlement progressif actuel. Il serait néanmoins irresponsable de rejeter en bloc des propositions pertinentes. Il reste aux professionnels de santé au travail à utiliser ces recommandations de façon pondérée et concertée avec des objectifs d'amélioration entre pairs.

brève ... brève ... brève ... brève ... brève ... brève ... brève ... brève ... brève ...

## Reconnaissance de maladie professionnelle : notion d'exposition habituelle au risque

Dans un arrêt du 8 octobre 2009, la cour de cassation apporte plusieurs éléments intéressants concernant les critères à retenir en matière de reconnaissance de maladie professionnelle. L'affaire concernait une salariée, livreuse de pain, ayant déclaré une maladie professionnelle (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, tableau 57) consécutive à la manipulation répétée du hayon et de la porte latérale du véhicule mis à sa disposition. La CPAM avait refusé la prise en charge au motif que ces gestes « ne constituaient pas la plus grande partie de sa posture de travail », avis confirmé en appel ... La cour de cassation annule cette décision en considérant que, si la tendinopathie de la coiffe des rotateurs est présumée maladie professionnelle lorsque le salarié effectue des mouvements répétés ou forcés de l'épaule (tableau 57), « le caractère habituel de ces travaux n'implique pas qu'ils constituent une part prépondérante de l'activité du salarié ».

A noter par ailleurs que le « moyen annexe » à cet arrêt de la cour de cassation indique que la constatation d'une fragilité individuelle (acromion crochu) n'est pas suffisante pour éliminer la présomption d'origine professionnelle de la tendinopathie qui ne pourrait être écartée que si la preuve était faite que le risque n'avait eu aucune influence sur son origine ou son évolution.

Réf : Cour de cassation – chambre civile 2 – Audience publique du 8 octobre 2009 – Arrêt n°1536F-P+B

# Premier colloque E-pairs : le lien santé travail à rendre lisible par les pratiques

Par Catherine Berson et C. Gelu

*Le travail d'analyse des pratiques entre professionnels de santé met en évidence que l'exploration du lien santé travail est une étape indispensable pour l'action et la prévention. La clinique médicale du travail est une source de compréhension irremplaçable. Sa pratique est toujours à défendre, à construire et à tenir dans le contexte difficile des perturbations en cours des conditions de travail et des dysfonctionnements des services de santé.*

E-pairs incite les GAPEP à privilégier cette instruction du lien santé travail à partir de cas cliniques que les praticiens exposent et pour lesquels ils s'exposent en confiance entre pairs bien avant de proposer. La mise en place de chaque GAPEP montre que l'investigation clinique n'émerge pas spontanément. Le temps d'apprentissage pour présenter des cas cliniques dans la complexité de l'historique de l'environnement de travail est de plusieurs séances. Dans les premières observations, les contraintes de temps des médecins du travail, les habitudes et les conduites réflexes et plus encore la prégnance de devoir donner un avis d'inaptitude ou d'aptitude sont invoquées pour stopper l'investigation. C'est un empêchement lourd au dévoilement du lien santé travail que les groupes lèvent progressivement par la confrontation et les questionnements cliniques. L'organisme E-pairs tente de faire ressortir de ces travaux collectifs quelques repères.

**E-Pairs**, organisme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) agréé par la HAS (Haute Autorité de Santé) organisait son premier colloque de Formation Médicale Continue le 19 juin 2009 après un peu plus d'un an d'expérience d'une dizaine de GAPEP (Groupe d'Analyse de Pratique Entre Pairs). Le propos interrogatif du colloque « **Quelles pratiques professionnelles pour instruire le lien santé travail ?** » laisse entendre le non automatisme de cette investigation dont le développement est un postulat pour construire des améliorations des conditions de travail.

Le SNPST y était.

Voir aussi le site [www.e-pairs.org](http://www.e-pairs.org)

## Exemple de repères

### Traçabilité

Le travail d'un GAPEP fait émerger le caractère très partiel de la traçabilité dans les dossiers médicaux tant des expositions professionnelles, que de la santé des salariés. Les propositions d'améliorations ne manquent pas mais butent sur des injonctions paradoxales compte tenu des moyens. Le sentiment « On est mauvais » s'avère inutile et faux. Le médecin du travail ne peut pas se substituer à l'entreprise. La reconnaissance de la relativité des traces professionnelles est moteur pour des choix ponctuels réalisables de recherche et de restitution de traces utiles au salarié et aux partenaires. C'est de plus une prise de conscience indispensable pour ne pas se dédouaner derrière des saisies de bases de données aussi contraignantes que peu efficaces. Néanmoins des consensus sont espérés sur l'utilisation de thésaures communs, accessibles et exploitables. Un autre GAPEP prône l'importance des traces de nos investigations cliniques santé/travail.

### Indicateurs

La demande d'indicateurs de risque psychosocial par les entreprises a pu aussi être l'objet d'une analyse. Ils se révèlent rarement explicites pour la compréhension d'une situation de terrain. Les indicateurs apparaissent comme des aides à la réflexion et comme support pour l'action. Ils sont indissociables de la clinique et servent à relativiser ou à étayer l'impression clinique des problèmes dans un secteur.

Dans l'enquête SAMOTRACE, le cas du franchissement du seuil choisi d'un test (GHQ28) pour repérer les atteintes à la santé mentale est peut être valable pour une photographie épidémiologique instantanée, mais l'étude clinique de cas répertoriés témoigne que la capacité de faire face du salarié dans de bonnes conditions peut rendre rapidement caduque le niveau des symptômes et en tout état de cause le lien au travail n'y est pas explicite. Le décryptage des indicateurs ne remplace pas l'investigation en clinique médicale du travail.

### Alcool ? ou travail et alcool ?

La séquence de travail d'un groupe sur des cas d'alcoolisme et d'alcoolisation abordés par le médecin du travail mérite une mention. Des avis d'inaptitude temporaire et ou partielle n'empêchent pas les récurrences. L'irruption du médecin dans une fonction disciplinaire l'exclut de la position de clinicien, désresponsabilise l'employeur, et laisse au niveau de la compassion les constats de relation à la souffrance collective au travail.

Le déni du salarié de son alcoolisation ou de l'effet de celle-ci sur son travail se transforme en obstacle défensif à l'investigation médicale. Par l'abord de l'itinéraire du travail, la perception de l'addiction et de ses effets peut être acceptée, les dysfonctionnements du travail deviennent opposables et mobilisables, et c'est une ressource pour l'initiative du salarié.

Injonction thérapeutique et menace par l'aptitude sont les arguments du médecin du travail face à un alcoolisme chronique pour un salarié occupant un poste de sécurité. Mais c'est l'interrogation sur la relation entre le travail et l'alcoolisme qui permet de rendre le salarié acteur de son action dans la durée.

### TMS

L'analyse de 2 histoires cliniques débattues au sein d'un GAPEP constate un « travail clinique empêché » où la pathologie de l'épaule du salarié s'aggrave, malgré une série d'inaptitudes partielles et d'aménagements de poste de plus en plus restrictifs, et aboutit même à l'exclusion.

A contrario, lorsque le médecin a obtenu l'adhésion du salarié et qu'il a pu conduire le travail clinique, les répercussions sur sa pratique ont été évaluées positivement. L'apport de la clinique du travail se situe alors autant dans l'accompagnement du salarié qui accède par la



parole au sens de son histoire de travail, que dans l'action préventive menée au sein de l'entreprise (courrier d'alerte sur les TMS).

Par la clinique médicale du travail les médecins de ce GAPEP défendent avant tout le principe d'une aide à l'élaboration du sens et à la « récupération du pouvoir d'agir » par le salarié.

### Alerte et veille en santé mentale au travail

C'est sur plusieurs années que la question de l'alerte et veille en santé mentale au travail a été l'objet du travail d'un groupe précoce et pérenne. Osons la transmission simplificatrice de leur expérience.

Les traces sont essentielles, dans le dossier médical par une prise de notes pendant la visite médicale mais aussi après la visite et toujours dans le respect du salarié, mais aussi dans la fiche d'entreprise, dans la fiche de poste et dans le rapport annuel.

La rédaction de monographies (long et fastidieux), est d'une grande richesse. Il faut toujours se placer du point de vue du travail en liant 4 histoires : la santé individuelle, le travail du salarié, la santé du collectif de travail, l'histoire du collectif.

La veille en santé mentale se fait par des indicateurs en santé travail pertinents et toujours en rapport avec la clinique, par la traçabilité dans la fiche d'entreprise et le rapport annuel.

L'alerte en santé mentale au travail ne peut faire l'économie d'un courrier spécifique. Un exemple est donné par la lecture d'un courrier collectif pour la souffrance de quatre délégués syndicaux.

En situation d'événement du travail traumatisant mentalement, la déclaration de l'accident post traumatique par le Médecin du travail doit rester dans le certifié d'un état clinique.

Ces traces d'investigation clinique médicale du travail, la veille et les alertes apparaissent comme des éléments importants pour la prévention du suicide.

**Les productions de ces GAPEP sont des clés de compréhension en santé et travail. Elles confortent et optimisent le positionnement professionnel pour l'action sur les conditions de travail. C'est aussi une bouffée d'oxygène pour la qualité et la reconnaissance du métier.**

**Un regard scientifique sur les travaux de ces GAPEP confirme l'importance de la poursuite de ce dévoilement santé travail.**

**Prochain colloque d'E-Pairs le 25 juin 2010.**

## >> suite de la page 1 >>

conséquence. Bien au contraire les conseils d'administrations d'aujourd'hui reconduisent les budgets d'une année sur l'autre en tenant compte d'une seule donnée : ne pas augmenter la cotisation et si possible la diminuer.

La pénurie de médecins du travail est une aubaine de ce point de vue exclusivement comptable puisqu'on peut utiliser cet argument pour diminuer la masse salariale.

Il est pourtant préférable de commencer par déterminer des orientations pertinentes en matière de prévention santé travail et de bâtir ensuite de véritables budgets prévisionnels avec des recettes adaptées aux dépenses nécessaires.

Le cinquième objectif consiste à inverser la démarche actuelle de construction budgétaire en conservant un financement assuré exclusivement par les entreprises et s'il est bien connu que l'argent n'a pas d'odeur il est quand même nécessaire pour cette recette !

La discussion à venir et l'arbitrage concernant les missions ne manqueront pas de saveurs.

La mission principale définie par la loi d'octobre 1946 constitue l'objectif noble à atteindre : « *Eviter toute altération de la Santé des travailleurs du fait de leur travail* ».

Elle a été confiée aux professionnels et notamment aux médecins du travail. Dans le même temps les entreprises se voyaient confier l'obligation de fournir les moyens aux professionnels pour accomplir cette mission. Pour autant, les représentants des employeurs souhaitent eux aussi qu'on leur attribue des objectifs comparables à ceux des professionnels.

En l'état actuel du conflit d'intérêts présenté par la gouvernance majoritairement patronale, il serait très dangereux d'aller dans ce sens. Le sixième enjeu concerne non pas la définition, mais l'attribution des missions.

Curieusement, les nombreuses enquêtes et rapports comme ceux de l'IGAS ou du Conseil Economique et Social, les négociations des partenaires sociaux, n'ont pas ou très peu abordé ces questions.

Quel est donc le rôle des autres éléments de la recette ? La gouvernance est à interroger en premier lieu.

Actuellement le système de prévention en santé au travail, pour sa partie Services de Santé au Travail, en réponse à une obligation réglementaire confiée aux entreprises est à gestion patronale majoritaire, exceptés quelques systèmes paritaires isolés.

Les représentants des employeurs se trouvent ainsi en conflit d'intérêts majeur non déclaré.

Comment imaginer que les entreprises puissent mettre en œuvre tous les moyens pour ne pas porter atteinte à la santé des travailleurs sachant que cela va avoir des coûts parfois importants en matière d'investissement et de perte de compétitivité immédiate.

Cette situation est comparable à celle qui consisterait à confier la lutte contre les cancers professionnels à l'union des industries chimiques.

Le système à construire doit résoudre cette question et l'idée d'une gestion majoritaire confiée aux représentants de ceux qui engagent leur santé dans l'activité travail est à développer.

L'indépendance des professionnels est un élément très important qui est susceptible d'ajouter, lui aussi, beaucoup de « piments » au moment de mettre la recette en œuvre. Curieusement cet aspect n'a pas encore trouvé d'issue.

Il est pourtant fondamental et nécessaire. Lorsque l'exercice professionnel est exposé à des pressions potentielles et lorsqu'il est question de santé des travailleurs, il est évident que les positionnements et les actions seront à la hauteur du statut protecteur accordé ou non, aux intervenants professionnels.

Il est nécessaire d'étendre la protection des médecins du travail aux Intervenants en Prévention des Risques Professionnels et aux Infirmières en Santé Travail. L'outil aptitude, est un ingrédient qui semble figé et intangible tellement il paraît impossible de s'en passer. Cette obligation qui est apparue tardivement n'a pourtant jamais montré une efficacité préventive. Les professionnels estiment qu'il n'existe pas à l'heure actuelle d'arguments décisifs, du côté de la prévention, en faveur de son maintien. L'inaptitude est par contre reconnue comme un outil d'injonction vis-à-vis de l'entreprise visant à l'aménagement des conditions de travail. Ainsi le troisième élément de cette catégorie, consiste à maintenir l'inaptitude et à supprimer l'aptitude systématique.

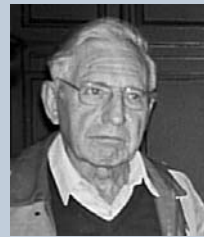
La démographie médicale est un élément d'apparition récente. On serait tenté de dire que c'est l'arbre qui cache la forêt. En effet, l'urgence de la réforme, les principales interrogations... sont articulées autour du déficit en médecins du travail.

La réelle pénurie de médecins, organisée politiquement depuis vingt ans, ne doit pas être un prétexte à une démedicalisation sauvage mais, bien au contraire, l'occasion de mettre en place une nouvelle approche clinique. Il y a une nécessité, à la fois, de former davantage de médecins du travail et de constituer des équipes coopératives en santé au travail intégrant des infirmières de prévention en santé au travail, formées spécifiquement et reconnues.

Cette proposition qui n'existe pas dans les livres n'est pas encore écrite. C'est une recette de terroir, élaborée par ceux qui s'emploient au contact des difficultés de santé, voire de la souffrance des salariés, à trouver des réponses de terrain. Elle nécessite la création de pôles médicaux proposant une prise en compte médicale des difficultés de santé de chaque travailleur.

Le contrôle des salariés est pour sa part incorporé depuis fort longtemps et considéré comme un élément incontournable. Il doit être maintenu et renforcé, des moyens doivent être donnés pour arriver à un véritable contrôle.

Existe-t-il une bonne recette ? S'il est difficile de répondre à cette question, on peut néanmoins affirmer que les éléments essentiels doivent être incorporés dans la future formulation. Finalement, l'État se trouve, à force d'atermoiements devant une obligation de résultats et les partenaires sociaux ne lui ayant pas préparé une structure solide, il va être obligé de faire preuve d'audace et de détermination pour présenter une bonne réforme. L'État aux fourneaux, en chef de réforme, se doit non pas d'accommoder les restes ni de procéder à une savante présentation, mais plutôt de structurer les ingrédients et les assembler avec méthode, et surtout, sans parcimonie. Bon appétit.



**Charles Pierre HITIER**  
24 juin 1920 - 27 septembre 2009  
Secrétaire Général du SNPMT  
de 1972 à 1985

Charles Pierre HITIER ne nous a pas quitté.

Son engagement syndical a gravé dans le marbre les combats qu'il a initiés et qui sont et seront toujours les nôtres :

- INDEPENDANCE des médecins du travail et de tous les acteurs en santé travail
  - combat contre la gestion patronale des services. C'est à son initiative, par le livre blanc diffusé à tous les adhérents en 1976 et suivi par un référendum que la revendication de la gestion tripartite des services a été lancée : organisations patronales - organisations des salariés - professionnels.
  - combat pour la reconnaissance de notre spécialité et plus largement pour les problématiques santé-travail.
- Son activité syndicale était sans limites, secrétariat - revue - rencontres avec les partenaires - contentieux - bureaux, son énergie « indomptable », Charles Pierre HITIER, marin, avait ainsi appelé son bateau.

Charles Pierre HITIER, par sa clairvoyance éclaire toujours notre action. Il reste un Phare pour nous.

Nous adressons à son épouse, ses enfants, ses petits-enfants, nos condoléances et la reconnaissance de l'œuvre accomplie.

JC Guiraud

## >> Le SNPST à votre écoute >>

POUR NOUS CONTACTER : [courrier@snpst.org](mailto:courrier@snpst.org)

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

**le Journal**  
des professionnels  
de la Santé au Travail

N° 38  
NOVEMBRE  
2009

12 impasse Mas • 31000 Toulouse  
Tél. : 05 61 99 20 77  
Fax : 05 61 62 75 66  
<http://snpst.org>

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

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier

Illustrateur : Olivier Coron

Mise en page : DHTL

Responsables de rubrique :

ACTUALITE SYNDICALE : Gilles Arnaud

CONTENTIEUX : Michel Hamon

TERRAIN : Maryline Blavette

EUREKA : Gérard Lucas

INSTITUTION : Mireille Chevalier

CHANTIER : Véronique Bacle

ENTRETIEN : Jean-Michel Sterdyniak

Ont collaboré : Catherine Berson, Annie Chalons,  
Marie Lucie Hadjadj, Dominique Huez, Yves Henri Martin

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Commission paritaire : 1011 S 05549

Imprimerie Réaction graphique  
58 avenue Caffin - 94210 La Varenne Saint Hilaire

## L'histoire qui tue... L'histoire qui tue... L'histoire qui tue...

### Cachez ce sein...

Monsieur D a effectué toute sa carrière professionnelle dans la même entreprise du bâtiment. À la cinquantaine, après plus de 30 ans de bons et loyaux services, des troubles respiratoires apparaissent, s'aggravant progressivement. Les examens mettent en évidence un épaississement de la plèvre viscérale avec atélectasie par enroulement. Le lien avec l'exposition à l'amiante est incontestable et la déclaration en maladie professionnelle est faite. L'employeur, tout en contestant l'imputation à l'entreprise au motif que le salarié « aurait pu être exposé avant », a fini par trouver un argument qu'il estime imparable : « je ne peux dire que mon salarié a été exposé à l'amiante puisque je n'ai jamais fait effectuer de mesures » !