

>> Sommaire

Actualité du syndicat ... p 2	Entretien p 5
• Le SNPST et ses représentants se mobilisent !	• Entretien avec le Pr. Paul Frimat
• Conte Occitan	Chantier p 6
Terrain p 3	• Positionnement professionnel d'un médecin du travail en service interentreprises début 2010
• Ordre infirmier : Pour ou Contre ??	Eureka p 7
Institution p 4	• Lu pour vous : Espoirs et incertitudes autour d'une nouvelle révolution
• Formation et attractivité de la santé au travail. Audition du SNPST par la Commission Frimat	

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 40

MAI 2010

>> Éditorial

« C'EST LE PRINTEMPS » !

Ca bourgeonne de partout :

- La formation...
Le déficit (cf. l'interview du Pr Frimat)
- L'ouverture du syndicat aux professionnels en santé au travail est en marche...
Le contentieux nous le prouve (cf. article de M Hamon).
- Le désordre de l'Ordre Infirmier à vos clics ! pour comprendre, pour soutenir le mouvement de désobéissance.
- La réunion des délégués SNPST à Paris...
Le syndicat en fleurs... les fruits de demain.
- La réforme
Le syndicat en pleurs !
NON
Nos positions sont claires
Largement diffusées
Nous ne relâchons pas nos actions... jusqu'au bout
Participez au débat comme M. L Hadjadj
Principe de précaution
- les nanotechnologies
- et mettons tout en œuvre pour éviter un nuage de cendres de la médecine du travail assassinée par le MEDEF.

JC Guiraud

Une réforme attendue, un projet redouté

Véronique Bacle et Gérard Lucas

Oui nous attendons une réforme des services de santé au travail. La belle mission de la loi de 1946 de « préserver l'altération de la santé des travailleurs du fait du travail » est toujours aussi valable. Mais le projet en cours reconduit les travers passés et confond la santé au travail avec le service aux entreprises. Une autre réforme s'impose.

Histoire rapide

Les pratiques de sélection par les inaptitudes et les reclassements des premières décennies ont rapidement montré leurs limites avec la montée du chômage et des précarités de l'emploi dès les années 80. Les avis d'aptitude systématiques des médecins du travail ont été parfois des protecteurs d'emploi mais notoirement inefficaces sur la transformation des conditions de travail et la prévention de l'exposition aux risques du travail. La médecine du travail praticienne investiguait peu le travail et était trop séparée de l'ensemble du système de santé pour référer une prise en compte satisfaisante de la santé au travail.

La directive européenne de 2009 a clarifié la responsabilité des entreprises sur la santé des travailleurs par les mesures de sécurité et les conditions de travail, mais laisse les modalités de surveillance de la santé des travailleurs à chaque État. La France, auto satisfaite, a mis plus de dix ans pour constater que Sa médecine du travail, « meilleure du monde » n'était pas suffisante pour répondre aux exigences de cette directive. La négociation entre employeurs et trois confédérations syndicales a fait l'objet en 2000 d'un protocole d'accord prévoyant la transformation de la médecine du travail en service de santé au travail.

La nouvelle dénomination est plutôt convaincante, mais la mise en œuvre en 2004 est décevante. Déniant la prévision de pénurie des médecins du travail, les décrets règlent quantitativement le même exercice médical intensifié et instaure des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) sans mission ni statut clairs. Pire, les dérives s'annoncent immanquablement. La gestion des SST est laissée aux employeurs ; le contre pouvoir professionnel des Commissions Médico Techniques et le contrôle social restent dérisoires ; les fiches d'entreprise des médecins trop souvent relancent les insuffisances des documents uniques des

entreprises au lieu d'interpeller sur la santé au travail des salariés. Les initiatives d'innovations qualitatives d'approches médicalisées sont bridées ou détournées.

Dérives

La réforme proposée par le MEDEF a été refusée par les cinq confédérations syndicales en 2009 mais le Gouvernement concocte une loi qui reprend les mêmes principes. Transfert de missions du médecin du travail aux SST qui restent sous la gouvernance des employeurs. Maintien de l'obligation de détermination de l'aptitude sur la fiche de visite. Suppression des quotas maximaux d'effectifs et de visites qui étaient déjà bien trop élevés. Transfert du suivi médical de salariés les plus précaires à la médecine générale. Toutes les velléités de régionalisation, de conventionnement, de transparence financière ou de clarification de la pluridisciplinarité dans ce cadre confirmeront les fonctions assurantielles et de prestations pour les entreprises au détriment de la prévention et de la santé au travail des travailleurs.

Le conflit d'intérêt de la gouvernance des SST par les employeurs est majeur et incompatible.

Autant il est clair que les conditions de travail qui sont le facteur déterminant de la santé des salariés relèvent de la responsabilité de l'employeur du point de vue de l'approche par risques, autant le suivi de la santé des travailleurs ne peut être soumis à la subordination de l'employeur. Même avec l'indépendance médicale et un statut protégé, l'opérateur de santé au travail, confronté aux contradictions entre les intérêts de son employeur direct ou indirect et la réalité de la santé d'un travailleur se retrouve très vite éthiquement écartelé et professionnellement entravé.

Confusions

Le glissement de la médecine du travail à la santé au travail, souhaitable en soi, a

dérivé vers des prestations de gestion des risques. Le médecin du travail conseiller du salarié et de l'employeur laisse la place à un SST prestataire pour ce qui relève de la gestion de l'employeur.

L'approche par risques des conditions de travail sur la santé est essentielle, elle ne s'oppose pas à l'approche de la santé au travail du sujet elle aussi indispensable. Les deux se complètent, et doivent interagir, mais ce ne sont pas les mêmes acteurs. Ça ne peut pas être la même gouvernance.

L'approche par risques est une responsabilité de résultats et d'actions de l'employeur, opposable aux intervenants en santé au travail, enjeu de compromis gestionnaire entre les normes et les objectifs

fallait le dire... fallait le dire... fallait le dire

LA REFORME A LA MIREILLE*

C'est une merveille !

Vous mettez dans un chapeau,

100 avis de médecins du travail sur la réforme.

Vous remuez, vous tirez cinquante papiers, avec quelques positions différentes et vous concluez qu'on a rien à attendre des médecins du travail pour élaborer la réforme.

Mais, comme à la DGT (Direction Générale du Travail) on a affaire à des scientifiques, on valide cette « expérimentation » par une radiotrottoir.

On interroge, à la sortie des services, 100 médecins, qui ont tous une vision différente et on peut donc en conclure, qu'il est inutile d'interroger les professionnels, on fera leur bonheur sans eux.

Et pourquoi pas contre eux ?

Alors que si vous interrogez le MEDEF pas de problème,

Une seule voix, un seul avis

Il faut tuer la médecine du travail !

C'est ça qui se prépare.

Bienvenue à Toulouse, au DGT et à sa Mireille !

* Mireille : conseillère spéciale de la DGT ayant en charge la Réforme

J.C Guiraud

Le SNPST et ses représentants se mobilisent !

Le 27 février dernier, à l'invitation du bureau national, les délégués syndicaux et régionaux SNPST se sont réunis pour une journée de travail. A l'ordre du jour : représentativité syndicale et réforme de la santé au travail.

Echanges et préoccupations des uns et des autres, informations des représentants du syndicat ont permis d'avancer dans la réflexion commune sur nos missions.

La présentation de Michel Hamon sur la section syndicale (dés qu'il y a au moins deux adhérents dans le service), la composition des collèges, le protocole préélectoral, a permis de conforter **les connaissances des syndicalistes présents** afin qu'ils puissent conseiller et soutenir les adhérents dans leurs sections ou dans leurs régions respectives.

Gérard Lucas, en début d'après-midi, a présenté un **argumentaire** éclairant les réflexions du SNPST quant à **l'avenir de la prévention en santé au travail.**

Cet argumentaire part du passif de la Médecine du travail (historique de médecine de sélection, alibi assurantiel, bilan mitigé en santé travail et une coopération impossible).

Il balaye ensuite les réformes inadaptées, de la directive européenne de 1989 au décret de 2004.

Il s'arrête sur la notion de l'approche par risque ou par le sujet : il s'agit de différencier l'approche par risque des conditions de travail sur la santé qui relève bien de la responsabilité des entreprises (évaluation des risques...) alors que le fait de dire la santé au travail relève uniquement du système de santé au travail.

Le sujet actif n'est pas une norme et le conseil du professionnel de santé donné au salarié nécessite la confiance et le consentement éclairé.

Un **débat s'est instauré sur les propositions du SNPST** mais surtout sur la situation actuelle des services, **les difficultés de chaque métier**, la réforme.

En s'appuyant sur les déclarations de Xavier Darcos au COCT et au CISME, sur les déclarations du MEDEF, la réforme annoncée en 2010 fait **craindre une reprise en main** des services de santé au travail par le patronat. Ce dernier pourrait ajouter les missions de prévention en santé au travail à la gestion de ces services, et cantonner les professionnels à un rôle d'accompagnement des entreprises dans leur évaluation et gestion des risques, au détriment d'une prévention de la santé des salariés.

Nos propositions et nos craintes ne sont pas bien connues ou comprises dans le grand public et dans les médias.

Le lobbying à tous les niveaux est apparu indispensable à tout le monde : le SNPST va continuer à **rencontrer les organisations syndicales, les associations, les partis politiques et les parlementaires.** Au plan local, les adhérents sont invités à informer au mieux les partenaires et les politiques, et peuvent rechercher des informations et divers documents sur le site ou auprès du secrétariat.

Contentieux

Le SNPST intervient en justice aux côtés des professionnels de santé au travail : soutien à un IPRP et à une Infirmière

Par Michel Hamon



Nous souhaitons aujourd'hui donner un coup de projecteur particulier sur deux contentieux où nous sommes engagés aux côtés d'adhérents, IPRP et infirmière. Ces deux actions ont donné lieu à des décisions prud'homales récentes avec des fortunes diverses.

La première affaire concerne un ergonome licencié en janvier 2009 par un service du Sud-ouest de la France pour « insuffisance d'activité ». Le motif du licenciement faisait en effet référence à un nombre d'interventions jugé trop faible

par la direction alors même qu'aucun objectif de cet ordre n'avait jamais été fixé ni dans le contrat de travail initial, ni dans aucun document signé postérieurement. L'appréciation de l'activité d'un ergonome sur des critères quantitatifs serait d'ailleurs une aberration et on voit bien ici le risque de dérive d'une gestion comptable de l'activité des professionnels, conséquence d'une gouvernance patronale des services de santé au travail. Dans le cas qui nous intéresse ici, l'activité de l'ergonome était en très grande partie liée aux demandes des médecins prescripteurs et le soutien de l'ensemble des médecins du service exprimés dans une lettre commune montre bien que la qualité du travail fourni était unanimement reconnue par les professionnels concernés. Par ailleurs, les dispositions des articles R 4123-33 et D 4622-43 soumettant le licenciement des intervenants en prévention des risques professionnels à la consultation préalable du Comité Interentreprises ou de la Commission de Contrôle n'ont pas été respectées comme a pu le constater l'inspection du travail. Ces éléments constituent pour le SNPST une atteinte grave à l'indépendance des intervenants en prévention des risques professionnels et nous ont amenés à nous porter en intervention volontaire devant le conseil des prud'hommes. Malheureusement, un jugement tout à fait inexplicable en date du 18 décembre 2009, sans aucune argumentation, a rejeté les demandes d'annulation du licenciement et de réintégration. Cette décision non motivée s'apparente à un véritable déni de justice et nous avons décidé de faire appel de ce jugement.

Un deuxième contentieux a été engagé aux côtés d'une infirmière de La Poste victime de discrimination salariale. Depuis 2003, celle-ci demandait une revalorisation de son salaire. Malgré plusieurs demandes réitérées entre 2004 et 2008, la direction de La Poste n'avait pas jugé utile de modifier sa situation. La différence de salaire par rapport à des collègues placées dans une situation équivalente pouvait être estimée à 28%, alors qu'elle bénéficiait d'une ancienneté et d'une qualification professionnelle plus importante. Elle avait notamment complété sa formation de base d'infirmière par des diplômes en santé au travail, directement en relation avec la fonction qu'elle exerçait. Son salaire devait être au moins égal, voire supérieur, à celui de ses collègues placées dans la même situation professionnelle. Dans cette affaire le SNPST s'est porté en intervention volontaire en estimant que la qualification obtenue par une formation spécialisée en santé au travail doit être reconnue et que l'absence de reconnaissance de cette qualification porte atteinte aux intérêts de l'ensemble de la profession. Le jugement du conseil des prud'hommes d'ARRAS en date du 2 mars 2010 a reconnu la discrimination salariale et condamné La Poste à régulariser les salaires depuis avril 2004. L'intervention volontaire du syndicat a été accueillie. La Poste ne fera pas appel de cette décision.

NB : Nous profitons de l'exposé de ces deux affaires exemplaires soutenues par le SNPST pour demander à tous nos adhérents de souscrire des contrats « d'assistance juridique » auprès de leur compagnie d'assurance professionnelle pour couvrir les frais susceptibles d'être engagés dans des contentieux de ce type.

Conte Occitan

traduit en français par JC Guiraud

Il était une fois, un seigneur parisien GEPE, qui commandait une des confréries des maîtres des Forges ; Il était tout en haut des CI(S)MES.

Il fut décapité, nous n'en savons pas toutes les arcanes.

Sa tête tombée, GEPE ressuscite en REVOLUTIONNAIRE.

Et sa fureur remplit les gazettes d'alors

- Marianne

- Et même France Inter.

C'était pourtant avant la naissance des radios où il se produisit avec un certain DEHACHE.

Mais voilà que sa princesse, qui dirigeait une des féodalités provinciales, je crois dans une ville toute rose, fut aussi décapitée.

Les grenouilles du service se mirent à défendre ardemment la reine tombée au sol, sauf PEJI pour qui la défense d'une reine même déchu n'était pas sa tasse de thé.

Alors GEPE appela AIMECE pour mettre PEJI au pas.

AIMECE se confie à JICEGE et, bien évidemment on renvoya GEPE au fond du ring.

Ce conte hermétique est dédié à GEPE – PEJI – AIMECE, que les autres lecteurs veuillent bien m'excuser.

b p è v e ... b p è v e ... b p è v e ... b p è v e ... b p è v e ... b p è v e ... b p è v e ...

le SST conserve

Le PIETON pensait que les machines à écrire avaient disparu de la circulation depuis longtemps. Erreur. Il en reste au moins une dans un service de santé au travail.

Précision : il ne s'agit pas d'une machine appartenant à un médecin collectionneur.

NON, c'est un engin antédiluvien mais toujours utilisé.

FM

Ordre national infirmier : Pour ou Contre ??

CONTRE

Contrairement à l'avis d'une grande majorité de la profession, cédant aux lobbyings de quelques associations et syndicats professionnels essentiellement libéraux, le gouvernement a imposé la création d'un ordre national infirmier. Le front d'opposition des organisations syndicales représentatives des personnels (CGT, CFDT, FO, SUD-santé, CFTC, SNICS FSU, UNSA) n'a pas pu empêcher la création de cet ordre infirmier.

Il faut savoir que, sur les plus de 500 000 infirmiers en exercice, 85% sont salariés, et que l'exercice libéral ne concerne, seulement que 15% des professionnels. En outre, 87% de la profession a boycotté les élections des conseillers ordinaires, les salariés mais aussi les libéraux. C'est un désaveu majeur des professionnels qui ne leur reconnaît de fait aucune légitimité à les représenter.

Aujourd'hui les centaines de milliers d'infirmiers qui ne sont pas inscrits au tableau de l'ordre national sont considérés en exercice illégal de la profession !

Il faut comprendre la détermination d'une profession malmenée depuis des années dans un système de soins notoirement mis à mal par des politiques de régression budgétaire entraînant des conditions de soins et de travail sans cesse dégradées.

C'est une profession à forte responsabilité qui se débat au quotidien pour assurer des soins dans le respect de

leur déontologie et de leurs compétences dans des conditions d'insécurité permanente.

C'est une profession dont les salaires ne reconnaissent ni la qualification et la technicité, ni la pénibilité, ni l'énorme responsabilité. Le salaire d'une infirmière débutante est à peine supérieure de 10% au SMIC ! L'âge de départ à la retraite, jusqu'ici possible à 55 ans dans la fonction publique hospitalière pour tenir compte de la pénibilité du travail, est aujourd'hui remis en cause sous couvert d'un reclassement en catégorie A aux effets salariaux minimaux qui ne concerneront en fait qu'une infime partie des professionnels.

C'est une profession, en tout cas pour la majorité des salariés qui la composent, qui est déjà soumise à des instances disciplinaires et qui, nous vous le rappelons, sont pénalement responsables de leurs actes. Elle refuse la triple peine en étant exposée aux chambres disciplinaires corporatistes du conseil de l'ordre.

Par ailleurs, la réforme de leurs études, visant à les intégrer dans le dispositif LMD, laisse à craindre sur l'avenir de la qualité d'une formation qui se doit de rester professionnalisée pour accueillir sur le terrain, au terme de leurs études, des infirmiers opérationnels et correctement qualifiés.

Il vous faut comprendre que la création de l'ordre infirmier et l'obligation qui en découle de payer pour travailler arrive comme une contrainte supplémentaire au sein d'une profession largement sinistrée et proche de la rupture !

Les infirmiers en exercice sont titulaires d'un diplôme d'Etat. L'accès à la profession était jusqu'à présent

contrôlé par l'Etat, par le biais de l'inscription obligatoire et gratuite de tout infirmier auprès des DASS. Les règles professionnelles et les compétences des infirmiers sont déjà fixées par décret et étaient discutées au sein du Conseil Supérieur des Professions Para-Médicales (CSPPM).

La profession refuse de confier à une poignée de conseillers ordinaires l'évolution de leur métier, la définition des bonnes pratiques et leur évaluation. Elle est aujourd'hui représentée au sein du Haut Conseil des Professions Paramédicales (qui remplace le CSPPM). Cette instance présente l'avantage de mener ses travaux en lien avec les autres professions de santé et de ne pas isoler la profession dans la stérilité d'une réflexion exclusivement corporatiste.

Il en va de l'intérêt de la profession infirmière comme de celui des usagers du système de santé.

Ils demandent aujourd'hui aux élus politiques, aux militants associatifs, aux personnalités, de les soutenir dans ce combat. Ils ont besoin du soutien de ceux qui s'opposent aux autoritarismes de tous ordres. Ils ont besoin que leur acte de désobéissance soit relayé et soutenu activement, c'est un gage de réussite, c'est aussi leur meilleure protection.

Lire le manifeste :

<http://www.contrordreinfirmer.org/Manifeste-de-la-desobeissance>

Soutenir les infirmiers :

<http://www.contrordreinfirmer.org/Pour-un-comite-de-soutien-aux>

POUR

Pourquoi cet intérêt et cet engagement dans l'Ordre Infirmier ?

Nous sommes nombreux dans la profession, mais extrêmement dispersés en groupements, associations, syndicats... L'ordre est un moyen de rassembler toute la profession pour lui donner de la visibilité et lui permettre de parler d'une seule voix. Cela doit permettre la valorisation du Diplôme Infirmier, la reconnaissance d'un corps infirmier, comme au Canada ou dans d'autres pays. C'est important aussi d'avoir du poids par rapport à l'Ordre des Médecins, d'en devenir un interlocuteur.

D'autre part, l'exercice en santé au travail est peu reconnu, les syndicats ne s'y intéressent pas : peut-être l'Ordre pourra-t'il y remédier ?

Deux grands chantiers ont été ouverts dès le début au sein de notre instance, la psychiatrie et la santé au travail, avec une même revendication : la reconnaissance et l'obligation du diplôme de spécialisation. Le dossier sur la psychiatrie est maintenant formalisé, et nous allons ouvrir celui de la Santé au Travail.

Que pensez-vous des reproches concernant la forte représentation des cadres infirmiers ?

Les cadres, qui sont comme nous tous avant tout infirmier, ont été plus impliqués dans cette première élection de l'Ordre, reste à tous les infirmiers, spécialisés ou non, de se présenter aux prochaines élections. Pour l'importance du National, sur les régions et les départements, nous sommes tous concernés, et comme dans toute instance tout le monde n'est pas toujours d'accord, mais une seule voix doit rester au finale.

C'est à nous, en Département et en Région de faire bouger cela, et de faire avancer nos souhaits et revendications. Nous les faisons remonter au National, par exemple :

- La cotisation (75 €) jugée trop élevée : dans la Somme, nous n'étions pas pour ce montant. Il y a eu échanges, et explications. En fait, c'est le prix de notre indépendance. De cette façon, nous ne sommes pas sous tutelle de l'Etat. D'autre part, nous avons obtenu une diminution de moitié de la cotisation pour les nouveaux diplômés,
- Nous avons pu donner notre avis, comme tous les autres départements et régions, sur le Règlement Intérieur de l'Ordre et sur le Code de Déontologie.

Quel est l'intérêt des chambres disciplinaires ?

Jusqu'à présent les infirmiers n'étaient jamais jugés par leurs pairs pour des affaires concernant l'exercice de la profession. L'ordre change cette donnée en permettant d'abord des conciliations directes et ensuite, si cela n'aboutit pas, un recours disciplinaire à deux niveaux permettant à la fois de défendre la profession contre les professionnels qui ne pourraient plus l'exercer en toute sécurité pour les patients et eux mêmes, et aussi pour défendre les professionnels dans les situations où l'on a tendance à les désigner un peu trop vite comme seuls responsables et coupables. Il est dommage encore actuellement que cette structure ne s'adresse pas suffisamment à l'exercice salarié.

Quel lien avec les syndicats et associations ?

L'Ordre est complémentaire. La différence, bien sûr, c'est que l'adhésion est obligatoire. La volonté de l'Ordre, c'est de reconnaître chaque spécificité d'exercice, toutes les compétences, et de défendre tout cela, mais d'une seule voix : c'est-à-dire avec le poids du nombre. Cela permettra aussi une vraie visibilité de l'exercice infirmier en France, ce qui n'est pas le cas actuellement. Enfin, cela permet de donner un avis sur le cursus et le contenu de la formation, notamment avec la réforme LMD actuellement en cours.

Formation et attractivité de la santé au travail

Audition du SNPST par la Commission Frimat

Une délégation du SNPST (Mireille Chevalier, Véronique Bâcle, Gérard Lucas) a été auditionnée le 12 février dernier par la commission chargée de faire des propositions sur la formation des professionnels de santé, composée du Professeur Paul Frimat, de Mr Christian Dellacherie (CES), du Docteur C. Leclerc, de Madame Carole Lepine (IGAS). Le SNPST rappelle les besoins et les attentes.

Deux sujets ont été abordés :

1/ Attractivité de la filière santé au travail, des médecins du travail mais aussi des autres métiers

Nous avons développé le manque de visibilité du métier de médecin du travail, du fait de la réforme attendue et reportée, du fait de la pression liée au nombre de consultations des salariés, et de l'ambiguïté du maintien de l'avis d'aptitude.

Le métier d'Infirmier Santé Travail manque aussi de visibilité et dans les services inter entreprises où leur place n'est pas encore acquise et en tant qu'infirmière d'entreprise ou leur positionnement est tiraillé entre l'employeur et le médecin.

Les membres de la commission interpellent sur le fait que la santé au travail recouvre bien d'autres métiers que le médecin et l'infirmière et qu'il est nécessaire d'élargir la palette des acteurs de santé au travail dans les services aux IPRP, aux assistantes... Nous insistons, à la fois sur la nécessaire formation et indépendance de tous ces acteurs, mais aussi sur le fait que nous sommes au service de la santé au travail, et prévenons de toute confusion avec l'évaluation et la gestion des risques qui relèvent bien de la responsabilité de l'employeur.

2/ Formations filières santé/ travail

Le Professeur FRIMAT fait un premier état des propositions :

- Pour les médecins en formation :

Inclure des connaissances en santé au travail dès le 1^{er} et le début du 2^{ème} cycle.

Inclure des stages d'externes de santé au travail (consultations pathologies professionnelles voire SST.) Inclure la médecine du travail dans le cycle de spécialité de médecine générale (modules ou stages).

- Pour les médecins du travail : formation initiale et passerelles de reconversion prévues dans la loi HPST.

Que faut-il garder ? Que faut-il y ajouter ?

Nous insistons sur l'importance d'une participation des professionnels de terrain à la pédagogie sur le modèle des enseignants de la médecine générale.

Outre l'enseignement santé « pathologies professionnelles » à garder, les problématiques de travail doivent y être comprises. Surtout il est important d'apporter aux médecins une formation à la conduite de projet et au travail en équipe.

- Pour les infirmiers de santé au travail, nous demandons :

- Une formation obligatoire et s'imposant à l'employeur

- Une formation universitaire, diplômante, reconnue en tant que spécialité (Niveau Master 2) et harmonisée au niveau national, en terme de contenu, notamment en ce qui concerne les notions sur le travail, sur

l'entretien infirmier, sur les transmissions, sur les échanges de pratiques...

- La reconnaissance de l'indépendance professionnelle des IST - Débat à ce sujet sur ce que recouvre « l'indépendance professionnelle ». Exemples donnés sur les pressions subies : le code de déontologie (règles professionnelles des infirmiers-code de la santé publique) devrait suffire, mais dans les faits, non.

- Des modules communs de formation avec les autres professionnels de santé au travail.

- Pour les IPRP, c'est plus compliqué car il s'agit en fait de plusieurs métiers. La question du positionnement reste principale : du côté de l'expertise pour la santé au travail ou du côté de la prestation pour l'entreprise.

- Pour les assistants en santé au travail, il y a des divergences d'appréciation entre le côté secrétariat, lien, logistique ou le côté action sur le terrain. Le référentiel de ces deux métiers, de leurs passerelles et de leur positionnement gagnerait à être précisé, et permettrait de hisser leurs formations au niveau universitaire.

Nous avons remis en fin de séance un document reprenant nos constats et propositions, que vous trouverez sur le site du SNPST.

note de lecture...note de lecture...note de lecture...

SUICIDE ET TRAVAIL : QUE FAIRE ?

Le livre de Christophe Dejourn et Florence Bègue s'interroge sur les causes des suicides au travail et propose des pistes pour fonder une action rationnelle.

Que s'est-il passé dans le monde du travail pour que les suicides soient perpétrés sur le lieu du travail ? Qu'est-ce qui s'est cassé pour permettre cela ? Quelle disqualification de la contribution que l'individu apporte à l'entreprise ?

On peut pointer la déstructuration du vivre-ensemble dans le travail, en particulier le privilège accordé à la gestion aux dépens du travail, qui déstabilise la psychodynamique de la reconnaissance du travail bien fait. Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est aussi se transformer soi-même. La qualité totale, l'évaluation individualisée, par des méthodes quantitatives ou « objectives » ne mesurent pas le travail mais tout au plus son résultat. Le déficit de reconnaissance peut conduire, surtout pour les plus investis, à l'isolement et au suicide.

Un exemple d'intervention en milieu industriel, après plusieurs suicides, suggère une méthodologie par une étude concrète présentée et développée par Florence Bègue ; elle nécessite un travail de la demande, l'indépendance des cliniciens, des entretiens individuels et collectifs, un collectif de pilotage interne et un appui externe, formant ainsi une enquête qui est action.

Mais la grande question est celle de la prévention des suicides et de la reconstruction du tissu social et des solidarités, indissociables de la transformation de l'organisation du travail.

P. Bouet

Suicide et travail : que faire ?

C. Dejourn et F. Bègue

EDITION PUF

Flagrant déni de justice ! Flagrant déni de justice !

Enquête exclusive sur les poursuites pénales après infraction à la santé et à la sécurité au travail !

Selon l'enquête menée par la rédaction de *Santé & Travail*, avec l'association d'inspecteurs et contrôleurs du travail L. 611-10, **la tolérance zéro ne s'applique pas aux infractions commises par les entreprises en matière de santé et de sécurité au travail.**

Moins de la moitié des procès-verbaux dressés par l'Inspection du travail font l'objet de poursuites pénales. Et quand un employeur est poursuivi, il est relaxé dans 25 % des cas !

Moins du tiers des entreprises pour lesquelles les inspecteurs du travail ont dressé un P-V pour infraction à la sécurité du travail ont été condamnées. En outre, les sanctions sont relativement minimales au regard de la gravité des risques que les employeurs font courir aux salariés, ou des blessures occasionnées.

Ces chiffres reposent sur l'analyse de **93 procès-verbaux** dressés par une dizaine d'agents de contrôle de la région parisienne, sur les années 2004, 2005 et 2006.

Article en exclusivité sur le site du magazine Santé & Travail : www.sante-et-travail.fr

(numéro 70, disponible en kiosque depuis le 13 avril 2010)

Entretien avec le Professeur Paul Frimat : formation des professionnels de la santé et attractivités de la discipline

Par Hervé Dujardin et Carine Humps

Mandaté par Xavier Darcos, à l'époque Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Valérie Pécresse, Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et Roselyne Bachelot, Ministre de la santé et des sports, le Professeur Paul Frimat mène une mission d'enquête depuis le début de l'année sur la formation des professionnels de santé au travail.

Ses conclusions remises le 15 avril aux Ministres puis communiquées au Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail, devraient contribuer à l'élaboration d'un texte de loi prévu avant l'été 2010 et permettre d'orienter les décrets d'application qui en découleront.

A quelques semaines de la fin de sa mission réalisée en collaboration avec Christian Dellacherie du Conseil Economique, Social et Environnemental, et Gilles Leclercq, médecin conseil de l'ACMS, Paul Frimat, nous confie, non pas ses conclusions, mais son ressenti :

« Dans les dix prochaines années, la médecine du travail est l'une des spécialités qui sera la plus affectée par le départ à la retraite de médecins. Le Ministère de la Santé laisse entendre que le *numerus clausus* pourrait passer de 100 à 150. Cette disposition est une solution adaptée pour une vision à 15 ou 20 ans mais insuffisante à court terme pour les 5 à 10 ans à venir. Pour répondre plus rapidement au manque de médecins, l'idée est de mettre en place un complément au dispositif : permettre à des spécialistes de changer de discipline. Pourquoi un médecin ne pourrait-il pas, à l'instar d'un ingénieur ou d'un cadre dirigeant, décider de ses choix professionnels ? Ce dispositif figure déjà dans la loi HPST qui prévoit la possibilité de formation professionnelle tout au long de la vie pour les médecins en activité.

Les besoins et les modalités de formation pour qu'un médecin généraliste, cardiologue ou anesthésiste, devienne médecin du travail feront partie des conclusions de la mission.

La solution de la formation de reconversion offre l'avantage de la souplesse et répond également à l'envie de changement de pratiques de certains médecins, sous réserve qu'ils possèdent les qualités requises pour la spécialité. Ainsi, un médecin de ville maîtrise déjà l'écoute, l'entretien et le suivi individuel mais il devra être formé aux actions en milieu de travail, à la prévention primaire, à la connaissance des acteurs, à la réglementation...

Evidemment, ce ne sera pas la panacée puisque d'autres spécialités en grande difficulté pourraient également bénéficier de ces passerelles. Il faudra rivaliser dans l'attractivité ! Et puis, il faut éviter que ces reconversions

ne cantonnent les pratiques « moins urgentistes » à des filières de fin de carrière.

La mission a également pour but de rendre plus attractive la spécialité, notamment au cours de la formation initiale. Neuf ans d'études pour former un médecin généraliste et seulement neuf heures consacrées à la santé travail. En partant de ce constat, il n'est pas étonnant que nombre de médecins ne connaissent la discipline que par le biais de certaines pathologies.

La formation initiale est actuellement centrée sur le soin et la prise en charge individuelle thérapeutique. Pour insérer de nouveaux modules ou de nouveaux axes dans une formation déjà dense, il faudra faire des choix. La chose s'annonce compliquée tant le poids du champ préventif est faible face à celui du curatif. Seul le législateur peut modifier les équilibres. La Santé Publique en France, à l'opposé d'autres pays développés, est le parent pauvre du système médical. Le constat des professionnels de santé travail est unanime : leur discipline souffre d'un manque de reconnaissance de la société. Par exemple, les médias s'intéressent aux dernières techniques ou prouesses curatives mais ne parlent que très rarement des mesures collectives en entreprise qui ont permis de maintenir en poste des salariés de plus de 55 ans, d'améliorer leur bien être. Notre société est passée d'une représentation de la valeur travail associée au salaire et à la reconnaissance individuelle à une représentation qui l'associe à la pénibilité et aux conséquences sur la santé. On a, de plus, perdu le collectif de travail.

Le dernier rapport sur les risques psychosociaux rappelle aux entreprises qu'elles doivent savoir utiliser leur service de santé travail. Aujourd'hui, la médecine du travail est réduite à une problématique d'aptitude. Le salarié et l'employeur ignorent le rôle des services de santé travail dans les problématiques d'évaluation du risque, d'éducation pour la santé ou encore en terme de prévention et de maintien à l'emploi des salariés en difficulté.

Il est agréable d'entendre témoigner des jeunes en formation sur l'intérêt qu'ils portent à la médecine du travail qu'ils appréhendent *comme une spécialité importante et curieuse*. Rassurant également qu'un certain nombre de corps institutionnels audités rappellent *l'urgence pour la médecine du travail de s'attaquer aux besoins de santé des entreprises* (prévention primaire, évaluation des risques, mise en place de programme de suivi de santé...). C'est une satisfaction surprenante de percevoir qu'en terme de nouveaux métiers on peut avancer, même si une résistance au changement demeure : pas facile de passer de l'aptitude à la notion de travail en équipe.

La mission s'intéresse également aux formations des autres métiers de santé travail. L'enjeu est de passer de l'individuel au collectif, du médecin du travail isolé au concept d'équipe. L'infirmier(e) santé travail doit être reconnu(e) par une qualification de type universitaire (LMD) et tous les acteurs de santé travail doivent pouvoir disposer de filières de formations complémentaires.

Notre système santé travail n'est pas le pire au monde, et en terme de formation le dispositif français est sans doute celui permettant le plus de variabilité, de passerelles.

L'état actuel de la médecine du travail a été voulu par la société. Les médecins du travail ne sont pas fautifs. Bien au contraire, ils ont suffisamment dénoncé l'aspect réducteur de l'aptitude. C'est bien notre société qui a enfermé le médecin du travail dans une pratique d'aptitude, c'est-à-dire qu'on a demandé à plus de 7000 médecins du travail de faire des certificats d'aptitude, une médecine tampon !

Aujourd'hui, tout le monde, y compris les partenaires sociaux semble comprendre qu'il est indispensable de changer d'objectifs et de pratiques et de prendre des décisions : il est certain que lorsque vous additionnez les 5 ou 6 rapports qui sont sortis depuis 2006 et qui disent tous la même chose, qu'on soit politique, employeur ou responsable syndical, on ne peut pas dire qu'on ne sait pas !

Cette mission d'enquête sur la formation des professionnels santé travail est nécessaire à l'évolution du dispositif. Elle ne sera pas la seule contribution mais s'inscrit dans la suite logique des travaux antérieurs. L'ensemble des rapports réalisés depuis 2006 n'est pas étranger à la volonté du Gouvernement de moderniser la loi de 1946.

On a la chance en France d'avoir un système santé travail original, qui a plus de 60 ans, qui permet d'allier l'individu et ses conditions de travail alors que dans le système anglo-saxon, on parle de l'environnement de travail d'abord et de l'individu peut être. Cette approche humaniste de la problématique santé travail est une caractéristique du système français. Il serait dommage de la perdre !

Après avoir reçu les partenaires sociaux et représentants des différents métiers, comme tous les rapports IGAS, celui-ci comprendra des recommandations qui seront, oui ou non, mises en œuvre par le pouvoir législatif. Néanmoins, les constats unanimes que dressent toutes ces contributions, au-delà de la mise en lumière des problèmes qu'elles soulèvent, doivent permettre au législateur d'offrir au Pays un système de santé travail efficace. »

Dans le cadre du 31^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail à Toulouse du 1^{er} au 4 juin 2010, le SNPST aura le plaisir de vous accueillir au stand D Hall 5.

Vous êtes également conviés à une réunion d'information syndicale

jeudi 3 juin 2010 de 16h à 18h

Hall 4 salle C

La réforme de la santé au travail se précise, venez nombreux !

Positionnement professionnel d'un médecin du travail en service interentreprises début 2010

par Marie-Lucie Hadjadj

En préambule je citerai un article de Philippe Davezies paru dans Santé et travail qui synthétise la problématique de la réforme de la santé au travail en France en cette année 2010.

Les médecins du travail bientôt sous contrôle ?

Le système de santé au travail a toujours affiché des objectifs ambitieux tout en déployant des obstacles à une réelle prise en charge des problèmes. Lorsque des masses de travailleurs étaient exposées à des nuisances qui appelaient des mesures de prévention collective, l'activité des médecins a été rabattue sur la détermination de l'aptitude individuelle. Lorsque les atteintes au travail ont pris une allure beaucoup plus individualisée, appelant des investigations cliniques fines, il est devenu urgent de relativiser l'approche individuelle et de se focaliser sur le niveau collectif.

Les orientations proposées pour la réforme de la médecine du travail poursuivent ce mouvement. Pour le patronat, la question centrale est celle du pouvoir de direction au sein des services de santé au travail. En effet, l'activité clinique du médecin échappe au contrôle des directeurs de service. Le projet du Gouvernement permet de contourner l'obstacle. Il suffit de transformer le médecin en manager de l'équipe de santé au travail, censé piloter la prévention sur la base de données collectives. Dans le même temps, le directeur est investi de l'autorité pour la mise en œuvre des objectifs du service de santé au travail. Et le tour est joué. Dans sa fonction de manager et de gestionnaire de données, le médecin ne peut plus faire valoir son indépendance technique : il doit s'aligner sur des objectifs et agit sous l'autorité et le contrôle du directeur du service. S'il s'agissait réellement de santé au travail, cette orientation serait absurde. Si le but est de moderniser le verrouillage du système, en confiant les clés aux employeurs, c'est assez bien vu.

Philippe Davezies : enseignant-chercheur en médecine et santé au travail

Cette analyse me paraît tout à fait pertinente. Je n'ai pas envie de devenir un médecin sous contrôle.

Comme mon « moteur professionnel personnel » de médecin du travail en service interentreprises est l'accession à la bonne santé de tous les travailleurs de mon secteur, (salariés en CDI, fonctionnaires, précaires, jeunes, vieux, femmes, etc.), j'ai établi, après avoir lu cet article, ma petite liste de ce que je veux bien faire et de ce que je ne veux pas faire. Ce positionnement est celui d'un médecin du travail en service interentreprises, dans un secteur semi rural. Je n'ai d'ores et déjà, plus les moyens de réaliser toutes les visites réglementaires ; je n'ai pas la possibilité de visiter toutes mes entreprises ;

je pare au plus pressé et je soutiens des salariés qui souffrent++++. Voici donc mon « credo »...

Médecin du travail, j'ai envie de me positionner comme médecin à l'écoute des salariés et du travail par la source des salariés et des CHSCT. Je désire surtout réaliser des entretiens professionnels et des examens cliniques pour appréhender les effets du travail à l'échelle individuelle. Je ne pourrai participer qu'à un CHSCT par an pour chacune de mes 15 entreprises avec CHSCT car je n'ai pas suffisamment de temps disponible.

Médecin du travail, je tente de lister les dangers présents dans une entreprise et je décris les dommages possibles. Si des dangers sont très préoccupants je le signale dans ma fiche d'entreprise. Il serait très bénéfique pour la santé au travail que je puisse communiquer de façon officielle ces dangers graves à une autorité de régulation indépendante qui aurait les moyens d'enquêter et de surveiller les entreprises pour améliorer les conditions de travail et faire observer la réglementation si elle n'est pas respectée.

Médecin du travail, je désire avoir libre accès aux entreprises pour faire des études de postes pour les aptitudes difficiles à déterminer, pour les aménagements de poste, pour les inaptitudes, pour les études de clusters (cas groupés de maladies possiblement professionnelles) et chaque fois que je le juge nécessaire pour la santé physique et psychique des salariés.

Médecin du travail, je refuse de devenir animateur d'une équipe de pluridisciplinaires (ergonome, IPRP, métrologue...) dont le travail est différent du mien et dont les objectifs seront fixés par des tiers : COCT, ministère, direction des services, adhérents des services, ... Je n'ai pas les compétences ni la légitimité pour le faire. L'évaluation et la réduction des risques n'est pas dans mes compétences.

Médecin du travail j'accepte de donner mon éclairage médical, à une équipe de pluridisciplinaires sur les situations de travail dont j'ai la charge. Je n'évalue pas le risque, je n'écris pas des plans d'action pour diminuer les risques, ce n'est pas mon métier et ce n'est pas de ma responsabilité. Je refuse de signer les documents uniques d'évaluation des risques. Dans un compte rendu de métrologie, je donne parfois un avis médical sur les dommages possibles mais je ne signe pas le compte rendu.

Médecin du travail, j'accepte de coopérer avec une infirmière du travail qui, comme moi est tenue au secret professionnel et qui connaît les possibilités et le fonctionnement d'une

coopération médecin/infirmière/salarié/CHSCT. Un travail de coopération similaire est probablement possible avec un psychologue du travail.

Médecin du travail, je refuse que l'on pense que je suis le garant de l'innocuité des situations de travail que je surveille. Un danger peut m'échapper ou ne pas être porté, involontairement ou sciemment, à ma connaissance. Une situation sans conséquence hier peut devenir pathogène aujourd'hui. Un produit nouveau peut révéler ses dangers trente ans après l'exposition. Je ferai le maximum pour connaître toutes les situations de travail pour mon secteur mais je refuse d'être le fusible qui sautera si une problématique de santé au travail m'échappe sur mon secteur.

Médecin du travail, je désire accompagner individuellement les personnes qui travaillent dans leurs démarches d'insertion ou de désinsertion. Je désire accompagner ceux qui souffrent à cause du travail. La coopération avec une assistante sociale me serait précieuse.

Médecin du travail, je refuse que ma rémunération soit liée à des critères de rentabilité : nombre de visites faites, nombre de fiches d'entreprises rédigées, réduction du nombre d'AT ou de MP, etc.

Médecin du travail, je refuse de participer à la gouvernance des services. Est-il utile d'être une potiche silencieuse pendant des conseils d'administration et des commissions de contrôle ? C'est surtout une perte de temps.

Médecin du travail, j'aimerais avoir le temps de réfléchir avec mes collègues sur ma pratique et j'aimerais participer à la construction du projet médical commun de mon service. Ce n'est pas possible actuellement car seules les actions pluridisciplinaires sont valorisées. La CMT est un organe pluridisciplinaire qui répercute les demandes des tutelles si les entreprises adhérentes au service interentreprises le veulent bien. Quant au rôle et au fonctionnement des CMT de la structure régionale c'est pour moi un mystère.

Voilà, il me semble que dans le contexte actuel de souffrances intenses au travail et de révélations des cancers professionnels à venir nous devons, nous médecins, nous repositionner sur la santé du salarié, le pointage des dangers et des dommages.

L'animation des équipes pluridisciplinaires me semble être un piège pour les médecins du travail.

Je pense que pour chacun des métiers présents dans les Services de Santé au Travail une réflexion similaire est possible. Qu'en pensez-vous ?

Le Collectif d'Information Santé Travail de Midi Pyrénées (CIST)
organise son 9^{ème} Forum à Toulouse le 1^{er} juin 2010 de 9h à 16h 30

Santé au Travail : quel avenir ?

Salle de l'assemblée du Conseil Régional Midi Pyrénées

Inscription à retourner avant le 25 mai 2010 accompagnée de votre règlement
15 € (repas compris) au CIST 12 impasse Mas 31000 Toulouse.

Programme détaillé sur le site du SNPST <http://snpst.org/>

Nom, PrénomSyndicat ou Profession

AdresseE-mail

Lu pour vous : HesaMag - Nanotechnologies - 2^{ème} semestre 2009

Espoirs et incertitudes autour d'une nouvelle révolution

par Fabienne ALCAIX



De quoi parle t'on ?

Les nanotechnologies concernent l'ensemble des techniques permettant de manipuler la matière à l'échelle de l'atome. Elles comprennent toutes structures, dispositifs, systèmes manipulés à une échelle nanométrique (1/1000 mm).

Le nanomarché

Les nanotechnologies représentent d'énormes enjeux économiques. Des montants importants sont investis par les agences gouvernementales, les ONG, les investisseurs privés et l'industrie, car des bénéfices très importants sont attendus des nanotechnologies. Ainsi, l'agence américaine qui soutient la recherche fondamentale dans tous les domaines scientifiques non médicaux, la « National Science Fondation », a estimé que le marché des nanotechnologies vaudrait un billion de dollars (1000 milliards) en 2015. Un indicateur clé, abondamment discuté par les syndicats, est la perspective de création d'emplois, estimée par Lux Research (Société d'études de marchés) à plus de 10 millions d'ici 2014. Mais ce chiffre ne prend pas en compte les changements structurels du marché général de l'emploi. Ainsi le transfert de capitaux vers les activités liées aux nanotechnologies entraîneront de toute évidence des pertes d'emplois dans d'autres secteurs. Il s'agit donc de savoir si celles-ci nécessiteront davantage de salariés ou simplement des salariés différents. A ce jour, il existe beaucoup de prédictions quant à la valeur économique exacte des nanotechnologies mais aucune indication unanimement reconnue et acceptée.

Entre le développement économique et les incertitudes sanitaires : des questions qui restent sans réponse

Alors que la communauté scientifique admet connaître très peu de choses quant au danger des nanomatériaux, ceux-ci sont déjà intégrés dans des produits de consommation courante. Près de 800 produits en contiennent déjà : cosmétiques dont les crèmes solaires, textiles, pneus, techniques d'information, stockage de l'énergie, domaine de la santé. A l'échelle du milliardième de mètre, la matière acquiert des propriétés physico-chimiques dont on ignore largement les impacts sur l'homme et l'environnement. A cette échelle, les matériaux les plus utilisés en nanotechnologie (Argent, Carbone, Zinc, Dioxyde de silicium, Titane, Or) peuvent avoir un comportement très différent de celui qu'ils ont à l'échelle supérieure. Le manque de connaissance de la toxicité des nanomatériaux a entraîné de la part du Gouvernement

français, l'initiative d'un débat public sur les nanotechnologies. Ce débat a été contesté par l'association PMO (Pièces et main d'œuvres), au prétexte que les décisions et investissements étaient déjà pris depuis plus de 10 ans. Jean Bergougnoux, président de la commission chargée d'organiser cette consultation, a néanmoins reconnu que cette association avait posé les vraies questions quant au risque des nanoparticules : Quelles concentrations maximales de nanoparticules dans l'atmosphère de travail peut-on autoriser ? Quelles mesures de réduction des risques ? A ce sujet, il y a unanimité pour dire que le développement de la toxicologie doit aller plus loin. José Cambou (France Nature Environnement), quant à lui a évoqué les risques pour les travailleurs qui ne savent pas si les objets manipulés contiennent des nanomatériaux. Les études publiées révèlent déjà une relation étroite entre les nanoparticules et leurs effets nocifs sur la santé humaine. Les méthodes de recherche actuelles sont toutefois limitées car il n'est pas certain qu'elles soient applicables aux nanotechnologies. Comme le signale l'OTAN, les éléments de détermination de la toxicité des nanoparticules ne sont pas encore définis, et de plus celles-ci sont difficiles à détecter. Par ailleurs, la communication d'informations dépend directement des industriels. Néanmoins, d'après des études réalisées chez le rat après injection directe par voie respiratoire de nanotubes de Carbone (NTC), des effets similaires à ceux de l'amiante (fibrose pulmonaire) sont constatés, sans provoquer toutefois des tumeurs malignes, même après exposition prolongée. La différence avec l'amiante proviendrait de la longueur des fibres dont on connaît l'importance pour l'amiante. Ce serait des défauts dans la structure cristalline des NTC qui seraient responsables de l'inflammation. Si ces défauts sont supprimés, il n'y a plus d'inflammation. En revanche, l'effet « fibrose » persiste. Après inhalation de NTC également, on retrouve une inflammation du poumon même au niveau le plus bas de concentration. Ce qui laisse penser, que la concentration en dessous de laquelle aucun effet n'est constaté est probablement très basse (< 1 µg/m³d'air). Le résultat de ces expériences pourrait être confirmé par une étude publiée en Août 2009, qui révèle que des nanoparticules d'esters polyacryliques auraient provoqué des maladies pulmonaires chez 7 ouvrières chinoises dont 2 seraient décédées, après une exposition variant de 5 à 13 mois (projection de peinture blanche dans un local non ventilé). Elles ont toutes présentées une pleurésie et une péricardite associées à une fibrose pulmonaire. Le rôle des nanoparticules dans l'apparition de ces symptômes est néanmoins controversé en raison de l'absence de mesures de concentration des nanoparticules dans l'atmosphère de travail.

Réglementation actuelle

Aucune discussion approfondie n'a jusqu'à présent été entreprise au niveau européen quant à la nécessité de prévoir des dispositions spécifiques aux nanotechnologies. L'Union Européenne formule simplement des recommandations relatives à la recherche et au développement, aux infrastructures, à l'enseignement et à la formation, à l'innovation et encourage le dialogue avec les parties intéressées et les consommateurs. Mais à ce jour, il est particulièrement difficile d'élaborer une nouvelle réglementation spécifique aux nanotechnologies parce que les connaissances scientifiques actuelles ne le permettent pas.

La directive européenne (76/768 CEE), fixe un ordre de taille précis, limité à 100 nm pour définir les nanomatériaux alors qu'il aurait été préférable de définir l'état de nanoparticules, d'après le point à partir duquel une substance subit des modifications de ses propriétés physico-chimiques à l'échelle nanométrique. Cette directive exige également que les fabricants informent la commission européenne des produits contenant des nanomatériaux et leur demande aussi qu'ils fournissent des informations sur la composition de leur produit en matière de nanomatériaux. Des discussions sont également en cours au sein de la commission européenne pour considérer les modalités d'application du règlement REACH aux nanomatériaux. Or les méthodes d'essai (avant commercialisation), telles qu'elles sont établies actuellement, ne sont pas adaptées à ces produits. Par conséquent, les données du dossier d'enregistrement obligatoire avant toute mise sur le marché d'une substance chimique, conformément à REACH, ne sont probablement pas fiables.

Préconisations

La Commission Européenne doit différencier la stratégie concurrentielle et les questions de santé et de sécurité liées à l'utilisation des nanoproducts. En réaction à la stratégie de la commission en faveur des nanotechnologies, le parlement européen a exprimé son profond désaccord. Les députés européens soulignent en effet la nécessité de renforcer le cadre législatif du fait « d'un manque considérable de connaissances et d'informations » ainsi que l'absence de méthodes appropriées pour évaluer les risques. Ainsi, le principe du règlement REACH « pas de données, pas de marché » devrait être appliqué aux nanomatériaux. La procédure d'enregistrement prévue par REACH doit être modifiée pour que celle-ci prévoit son application à tous les nanomatériaux, y compris ceux produits ou importés en quantité < 1 tonne/an. De même la CES (Confédération européenne des syndicats), dicte un certain nombre de recommandations : étiquetage des produits, information des utilisateurs... Pour celle-ci, il s'agit d'une condition préalable au développement responsable des nanotechnologies même si celui-ci sera source d'emplois. Il convient donc dès maintenant de mettre au point des méthodes de mesure et d'évaluation de l'exposition aux nanoparticules sur le lieu de travail, et d'adopter des mesures législatives relatives à la formation et à la surveillance médicale des salariés exposés aux nanoparticules et de préciser les mesures de protections spécifiques à leur utilisation. Dans la mesure où il est impossible actuellement de définir des valeurs limites d'exposition professionnelle, il faut donc se satisfaire, des mesures de prévention habituelle (travail en vase clos).

Conclusion

Les données les plus récentes semblent indiquer que l'exposition aux nanomatériaux est susceptible de présenter des risques pour la santé des travailleurs. Les méthodes de recherches actuelles sont toutefois limitées car il n'est pas certain qu'elles soient applicables aux nanoparticules. Il convient par conséquent, de reconnaître les risques potentiels de l'exposition et de protéger les travailleurs.

négoiés. Elle ne saurait être pertinente sans la prise en compte de la santé des salariés exposés à la fois par les connaissances prédictives et par l'observation et l'accompagnement des salariés.

L'approche de la santé au travail par le sujet est incontournable. C'est, pour chaque salarié, la prise de conscience du lien santé et travail par l'investigation, son identification et son accompagnement par les professionnels de santé. En attendant la généralisation de cette culture de la santé au travail et sa prise en compte par de nombreuses spécialités médicales organiques, une approche médicalisée spécialisée de la santé au travail est à déployer. Cette approche médicalisée de la santé au travail ne peut faire l'impasse de la prise de connaissance et de l'interpellation de l'approche par risques que les professionnels de santé au travail doivent pouvoir connaître par l'accès aux documents et l'observation de terrain.

Recentrer sur la santé

Les services de santé au travail devraient donc avoir pour mission de permettre la prise de conscience de chaque travailleur de l'engagement de sa santé dans le travail et de dire les liens santé et travail tant individuellement pour les salariés que collectivement pour les collectifs de travail et pour les entreprises, et enfin pour l'ensemble du système de santé.

L'activité des services de santé au travail n'est plus de voir tous les salariés pour leur donner le droit, « l'aptitude », à être exposés, mais d'être en capacité d'investigation du lien santé au travail de tous les travailleurs, ceux qui le demandent, ceux pour qui le système de soins le demandent et ceux pour qui les connaissances des

risques ou des parcours nécessitent une surveillance ou un accompagnement.

Les services de santé au travail gardent leur présence de première ligne, de proximité avec un maillage des territoires et des activités, mais leur gestion doit impérativement être dédouanée de la pression directe patronale prête à canaliser ou corseter le point de vue sanitaire. Le SNPST est depuis longtemps clair à ce sujet : si les conditions de travail sont du côté de la réglementation et de la négociation au Ministère du Travail, en revanche l'observation de la santé au travail et donc le suivi médical des salariés est du côté du Ministère de la Santé, malgré sa faible culture sur le sujet, du fait justement aussi de son exclusion par cette dichotomie.

L'entreprise dans cette optique n'est plus alors un client du SST au sens commercial du terme ni un adhérent qui gère le SST. L'employeur est responsable des conditions de travail, de la sécurité et de l'emploi de son entreprise, mais il ne peut être celui qui maîtrise l'évaluation de la santé de ses salariés. Le service de santé au travail devient une obligation de moyen, un recours spécialisé dont l'expertise (au sens avis éclairé) est primordiale pour le travailleur, conditionnant des choix des conditions de travail, pertinent pour le système de soins et contribuant à la santé publique sous l'angle santé au travail.

La position des intervenants serait plus claire. Ceux qui sont du côté de la santé au travail sont employés par des SST dont la gouvernance n'est pas patronale, ils observent, disent et accompagnent la santé et interpellent les conditions de travail ; les médecins du travail, les infirmières de santé au travail sont dans ce cadre mais aussi les assistants et les IPRP qui contribuent en coopération aux analyses des effets des risques sur la santé.

La participation pour les entreprises à la mise en place des conditions de travail par des IPRP ou des AST sera du côté de l'entreprise, permettant aussi des partenariats sans ambiguïté avec les acteurs des services de santé au travail. Les médecins qui voudraient directement s'impliquer avec les entreprises dans la validation des situations de travail seront des médecins d'entreprises qui ne pourront prétendre se substituer aux médecins du travail et leurs collaborateurs.

La nature, l'utilité et la qualité des missions et des activités des services de santé au travail et de leurs acteurs, peut évoluer ainsi dans un sens favorable, et éviter de sombrer dans des applications stakhanovistes médiocres et peu pertinentes d'affichages ou de prestations assurantielles. Le métier d'infirmier en santé au travail en cours de développement dans les SST est particulièrement sur la sellette avec cette réforme redoutée. Les risques de dysfonctionnements ou les chances d'émulation sont en jeu et décrits dans le cadre ci-dessous. Les mêmes déclinaisons peuvent se faire pour les médecins du travail, les IPRP ou les AST.

Malgré le rouleau compresseur de la mise en place d'une médecine et de prestations patronales, nous croyons encore au bon sens pour échapper à cette régression et refonder un système de santé au travail sur la base du réel et de la prévention.

Réforme annoncée : craintes des infirmiers...

La santé au travail a longtemps ignoré les compétences infirmières, et les infirmiers ont du mal à trouver leur place, entre tâches administratives et polyvalence à outrance.

Les réflexions en cours sur une autre pratique en santé au travail, initiées avant même que l'on n'évoque la pénurie, permettent aux infirmiers de retrouver leur cœur de métier : la santé, mais aussi de faire reconnaître leur spécialité : la santé au travail.

C'est un enjeu considérable pour tous...

N'ignorons cependant pas les risques, et les dérives :

- discours sur « le remplacement des médecins par les infirmiers », ignorant la spécificité et la complémentarité des deux professions, et empêchant une vraie coopération. Pratique substitutive qui feraient des IST des sous médecins aboutissant à de pseudo aptitudes ou à de soi disant prolongation d'aptitude ...
- absence (souvent) de réflexion sur la nouvelle prestation de santé travail apportée par la coopération médecin du travail / infirmier de santé au travail.
- négation de la culture infirmière et risque de la perte de sens du fondement de notre profession, ancrée dans le « prendre soin », le « care ».
- risque (parfois) de réduire le rôle de l'IST à l'assistance au médecin du travail en oubliant que c'est le salarié (et sa santé) qui sont au centre du service attendu.
- gestion de la « pénurie médicale » par des entretiens à la chaîne, en privilégiant une logique du chiffre au détriment d'une approche clinique de qualité.
- pas de formation ou bien alors des modules courts, sans contenu travaillé en relation avec un référentiel de compétences attendues.
- recrutement sur des profils infirmiers « à minima », justifiant un salaire « à minima ».
- opposition infirmier de service inter/infirmier en entreprise.

Les revendications infirmières du SNPST, rappelons-les :

- Une formation diplômante obligatoire et reconnue pour les infirmiers.
- La mise en place des équipes médicalisées coopératives.
- La reconnaissance d'une spécialisation infirmière en santé travail.
- Le développement de la clinique infirmière par l'évaluation des pratiques professionnelles, par la recherche en soins infirmiers.
- L'indépendance professionnelle des acteurs de la santé au travail.

C'est à ces conditions que la mission essentielle de nos professions : « Eviter que le travail n'altère la santé » pourra être réalisée.

C'est le risque, si nos craintes se révélaient fondées, que beaucoup de collègues ne se détournent du champ santé-travail, et cela serait fort dommage...

Véronique BACLE, Marie-Christine LIMAME

>> Le SNPST à votre écoute >>

POUR NOUS CONTACTER : courrier@snpst.org

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

le Journal

N° 40

MAI
2010

des professionnels
de la Santé au Travail

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, 01 47 08 96 12

Responsables de rubrique :

ACTUALITE SYNDICALE : Gilles Arnaud

CONTENTIEUX : Michel Hamon

TERRAIN : Patrick Bouet

EUREKA : Gérard Lucas

INSTITUTION : Mireille Chevalier

CHANTIER : Véronique Bacle

ENTRETIEN : Jean-Michel Sterdyniak

Ont collaboré : Hervé Dujardin, Marie-Lucie Hadjadj,
Carine Kumps, Marie-Christine Limame

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Commission paritaire : 1011 S 05549

Imprimerie Réaction Graphique

58 avenue Caffin - 94210 La Varenne Saint Hilaire