

28^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail – Bordeaux du 8 au 11 juin 04.

Notes de Congrès

(le texte intégral des communications se trouve dans les Archives de Maladies Professionnelles)

Santé Mentale et Travail.

Texte des experts.

Pr Lasfargues (Tours) :

Il cite un pourcentage intéressant : le taux de mortalité par SUICIDE est de 39,3 pour les ouvriers et de 13,7 pour les cadres.

P. Davezies a fait une intervention sur les problèmes posés par le harcèlement moral et ses difficultés diagnostiques. Dans les enquêtes de type Sumer, etc on observe que le nombre de salariés à qui l'on dit comment faire son travail diminue alors que celui des salariés contrôlés sur leur productivité ou d'autres critères plus ou moins abstraits augmente. Ceci expliquerait en partie l'augmentation des cas de souffrance morale au travail.

Parmi les intervenants suivants, le Dr Bardot, médecin du travail expose un cas concret et conclut très justement que « cette prise en charge, qui donne du sens au métier de médecin du travail, s'accommode mal du rythme des consultations... »

Communications orales.

Dr Bensefa. Harcèlement moral et pronostic professionnel chez 126 patients d'une consultation de pathologies professionnelles.

Cette communication retrouve des éléments déjà connus : une surreprésentation du milieu associatif, des activités de commerce et du domaine de la santé. Le devenir des salariés montre une évolution dans une majeure partie des cas défavorable, que ce soit parmi les salariés ayant quitté l'entreprise initiale ou ceux ayant été maintenus en poste ou reclassés dans la même entreprise. Le pronostic est surtout lié à la durée d'exposition au harcèlement, d'où l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce.

Dr Levery. Etude grande distribution et santé mentale.

Cette étude a mis en évidence l'importance des risques psychosociaux dans ce secteur d'activité. Elle souligne la fréquence des phénomènes tels que le temps partiel imposé, les grandes amplitudes horaires (de 9 à 12 heures/j), l'absence de deux jours de congés consécutifs, les horaires non fixés à l'avance.... Les salariés mettent en avant l'agressivité de la clientèle (78 % en tout et 92% des caissières !), le sentiment d'injustice (36%). Un salarié sur trois a un score trop élevé au test de santé mentale (GHQ). Les facteurs favorisant l'altération de la santé mentale sont : le sexe féminin, l'âge supérieur à 40 ans, une ancienneté supérieure à 10 ans, le fait de n'avoir pas choisi son métier, le sentiment de manquer de temps pour faire son travail ; en terme de contraintes organisationnelles on retrouve un lien entre cette altération et la non-prise en compte des suggestions, l'absence d'évolution de carrière, l'absence de reconnaissance par la hiérarchie, l'absence d'initiatives possibles, l'absence de prise en compte de l'impact sur la vie personnelle de ces contraintes organisationnelles. Ce

travail met en lumière l'importance de la prise en compte des facteurs humains dans l'organisation du travail.

Temps de travail, organisation du travail et activités extra-professionnelles. Dr Machefer.

L'auteur définit le « dynamisme social » comme le fait d'avoir au moins une activité extra-professionnelle « tournée vers l'extérieur », c'est-à-dire activité sportive, associative ou culturelle. Ce « dynamisme social » serait un critère indirect de la santé perçue. L'auteur émet l'hypothèse que les salariés transposent dans leurs loisirs les comportements socialement déterminés dans le travail.

Le Pr Brun dans sa communication «évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines » a prononcé une formule reprise ensuite par plusieurs des orateurs : « **Il ne faut pas faire de gestion des ressources humaines, mais une gestion humaine des ressources** ». Selon lui, en matière de souffrance au travail, la solution à un problème médical se trouve souvent au niveau de la gestion et existent déjà souvent dans l'entreprise mais ne sont pas ou plus utilisées. Sa communication présente les résultats d'une étude qui met en lumière les facteurs de risques de souffrance au travail suivants : surcharge de travail, faible reconnaissance de l'entourage professionnel, pauvreté des relations avec les supérieurs, absence de communication, absence de possibilité de prise de décision. Les solutions à ces problèmes existent : réunions d'équipes, évaluations, amélioration de la communication.....

Dr Andrieu. Médecin du travail chez Thalès, elle a souhaité attirer l'attention sur les conséquences néfastes de la sous-charge durable de travail, facteur de risque réel de dépression grave avec atteinte de l'estime de soi, anhédonie, inhibition. Le rôle du médecin du travail dans ce cas est d'aider ces salariés à ne pas culpabiliser, et d'attirer l'attention de l'entreprise sur les risques à long terme.

Lors de la synthèse de ce thème les orateurs ont tenu à redire **qu'on ne peut faire dans ce domaine l'économie du débat sur l'organisation du travail et la gestion des conflits.**

Ethique et rôle du médecin du travail.

Texte des experts.

Mme Rameix, philosophe, attachée au département d'éthique médicale de la faculté de Médecine de Créteil a fait une communication sur les enjeux moraux et politiques de la relation médecin-patient que je vais tenter de résumer.

L'état français se donne un droit d'ingérence pour protéger ses citoyens et ceux qui se détruisent (ex : l'injonction thérapeutique). C'est très différent du « Common Law » (Etats-Unis, Angleterre) où l'on dispose librement de son corps (par exemple on laisse mourir les grévistes de la faim alors qu'en France on les réanime, aux Etats-Unis en entrant à l'hôpital on remplit un formulaire dans lequel on dit à l'avance jusqu'à quel point on souhaite être réanimé en cas de problème et on désigne des tiers qui seront consultés –et forcément écoutés- en cas de décision de poursuite-ou non- des soins si l'on n'est pas soi-même en mesure de décider...). Cette éthique nord-américaine (modèle autonomiste) est très différente de la nôtre (modèle paternaliste). Mme Rameix pose l'hypothèse que l'évolution de l'éthique médicale en France se fera selon une troisième voie, située entre les deux qu'elle baptise « l'autonomie

tempérée ». A l'appui de cette thèse elle cite quelques arrêts de cour de cassation relatifs aux témoins de Jéhovah et à l'obligation de soins en urgence, relatifs également à un cas de perforation colique au cours d'une coloscopie, le médecin a été condamné pour n'avoir pas délivré l'information sur le risque mais le patient n'a pas reçu d'indemnités en compensation parce que la cour de cassation a estimé que même informé du risque, ce patient n'aurait rationnellement pas fait d'autre choix que de subir la coloscopie (théorie de l'agent rationnel). En matière de consentement, la priorité reste donnée à l'information orale, le consentement écrit est facultatif sauf dans certaines situations bien définies (IVG, procréation médicalement assistée, recherche...). En cas d'impossibilité pour le patient de donner son consentement, les proches ne sont que consultés et leur avis ne s'impose pas aux médecins, contrairement à ce qui se passe aux USA.

Le rôle du médecin du travail est d'assurer la protection de la santé au travail tout en préservant la liberté de travailler et de prendre des risques, le médecin est partagé entre « comment faire le bien » (versant moral) et « comment faire mon devoir » (déontologie). En pratique c'est mettre toujours en avant la prévention primaire, avant d'aborder la question de la prévention secondaire, si le risque est considéré comme inévitable et légalement admissible.

L'aptitude française traduit l'interdiction faite à l'employeur de licencier pour handicap ou raison de santé.

Les autres pistes de réflexion possibles sont l'élaboration de guides de bonnes pratiques communes, transparentes ; la réalisation d'études scientifiques indiscutables sur les risques individuels et collectifs.

Le modèle autonomiste pur commence lui aussi à évoluer vers un modèle plus souple (on verrait des publications dans les journaux médicaux américains sur ce sujet).

Travail atypique, mobilité des salariés et suivi médical.

Textes des experts.

Par « travail atypique », on entend : temps de travail, lieu de travail ou lien d'emploi atypiques.

Le point de vue d'un juriste québécois. Mme K. Lippel.

Les effets sur la santé varient selon la forme de travail atypique. Une méta-analyse sur 18 études retrouve des effets en général négatifs sur la santé : augmentation des taux d'AT/MP, méconnaissance de leurs droits et de ce fait moindre accès aux indemnités, détérioration des mécanismes visant à promouvoir la santé, manque d'informations sur les risques au poste de travail, les facteurs de risque, la relation possible entre le travail et une maladie éventuelle, absence de soutien social, vulnérabilité face aux abus, externalisation des travaux à risques, grandes amplitudes horaires.

Au Québec, l'indemnisation des arrêts pour maladie (non professionnelle et non AT) a une durée maximale de 15 semaines, l'indemnisation s'élevant à 50% du salaire ; seuls 50 % des salariés et 14 % des travailleurs temporaires bénéficient d'une assurance privée susceptible de leur offrir une meilleure indemnisation.

Ces effets néfastes sur la santé pour les plus vulnérables ont des conséquences sur l'ensemble des travailleurs et sur la société elle-même. Les auteurs ont émis une série de 46 recommandations pour améliorer la santé des travailleurs atypiques, disponible sur Internet mais oups ! je n'ai pas eu le temps de noter l'adresse.

Surveillance médicale et difficultés soulevées par les mobilités professionnelles et les formes de travail atypiques. Propositions par le Dr Fantoni (service de pathologies professionnelles du CHU de Lille).

Les difficultés posées au médecin du travail par la mobilité professionnelle sont la méconnaissance des antécédents, la discontinuité des informations médicales, la méconnaissance des expositions, les difficultés de mise en œuvre de certains décrets (CMR...).

Les questions qui en résultent concernent la pertinence de l'avis d'aptitude, les missions du service de santé au travail, une remise en question des pratiques.

Les solutions proposées passent par un suivi particulier des intérimaires, la centralisation des données médicales TOUT EN RESPECTANT LE SECRET MEDICAL avec droit d'accès pour les salariés, dans des structures nouvelles d'information et de conseil qui pourraient être les CPP, pouvant accéder à ces informations à la demande des salariés pour les éclairer.

Maintien dans l'emploi et état de santé.

Communications orales.

La reprise du travail chez le cardiaque. Pr Chamoux.

Les recommandations de la société française de cardiologie en novembre 2002 préconisent une évaluation avant la reprise du travail comprenant :

- ECG de repos
- ECG à haute amplification
- Holter ECG de repos à la recherche de troubles du rythme
- ECG d'effort pour bilan fonctionnel

En cas de doute sur la compatibilité avec le poste de travail les recommandations proposent d'effectuer un Holter ECG au poste de travail, l'interprétation devant se faire en coût cardiaque relatif.

Mr Chamoux a été très fier de relever que la société française de cardiologie recommande donc l'utilisation d'indices connus depuis longtemps en médecine du travail (il semblait d'autant plus fier qu'il a lui-même beaucoup travaillé sur le sujet, cf les grilles de Chamoux dans l'estimation de la charge physique).

Sont donc indispensables à l'évaluation de l'aptitude au poste à la reprise chez un cardiaque, surtout en cas de pénibilité du poste de travail :

- l'épreuve d'effort (capacités fonctionnelles)
- le Holter ECG sur le lieu du travail
- l'ECG haute amplification
- l'évaluation de la fonction ventriculaire gauche
- le Holter tensionnel en cas d'HTA

Le Holter ECG sur le lieu du travail peut éventuellement être réalisé et interprété en liaison avec une consultation de pathologies professionnelles. *En ce qui me concerne je m'interroge sur la réalisation en pratique : pour faire ce Holter, il faut que le salarié reprenne son travail, en pratique va-t-on faire des « reprises à l'essai pendant une journée » et donner un avis d'aptitude après interprétation du Holter ? et que fait-on en attendant l'interprétation des résultats, pas forcément immédiate ? et que se passe-t-il s'il y a un souci pendant cet examen ? Le Pr Chamoux était pressé et est parti tout de suite après sa communication, donc nous n'avons pas pu poser de questions... Un médecin de l'assistance a précisé qu'il valait mieux que tous ces examens soient prescrits par le cardiologue ou le médecin traitant, car*

selon elle si le médecin du travail les prescrit expressément pour évaluation de l'aptitude et qu'il y a un souci pendant leur réalisation (y compris pendant l'épreuve d'effort chez le cardiologue) cela pourrait engendrer des problèmes médico-légaux. A suivre.

Concernant les indices à interpréter petit rappel sur le coût cardiaque relatif :

$$\text{Coût cardiaque relatif} = \frac{\text{Fc moyenne} - \text{Fc repos}}{\text{Fc max} - \text{Fc repos}}$$

La Fc max a une grande variabilité inter-individuelle (+ ou - 5 battements par minute) et le Pr Chamoux préconise de prendre la valeur médiane.

La Fc repos est la valeur médiane des 6 heures de nuit les plus basses.

Il faut ensuite se référer (forcément) aux grilles de pénibilité de Chamoux pour l'interprétation des résultats.

Ne pas oublier non plus le bénéfice éventuel de la rééducation en centre. Tous les malades n'en bénéficient pas et il peut arriver que la reprise soit considérée dans un premier temps comme impossible, et que la situation change après rééducation.

Dr Morgand. Médecin du travail et membre de Cinergie.

Elle a fait une communication très intéressante sur l'intégration au travail des sourds. Une formule intéressante « pour les sourds, il faut bien se rendre compte que ce sont les entendants qui sont handicapés ; en effet, les sourds peuvent communiquer avec les entendants, alors que les entendants ne savent pas communiquer avec les sourds ».

Dr Eber. Conduites addictives et travail, un pari risqué.

Notre collègue a été très convaincant et très applaudi.

Sommeil, vigilance et travail.

Textes des experts.

Suite à l'évacuation du palais des congrès pendant une heure en raison des coupures d'électricité par les grévistes d'EDF, il me manque les notes sur le début de la session !!!

Somnolence et accidents du travail : la réalité du risque, la prévention. Dr Philip.

Quelques chiffres : 10 % des accidents de la route (et 30 % sur autoroute) sont liés à la privation de sommeil. Le risque d'accident serait multiplié par 6 en cas de syndrome d'apnées du sommeil.

Les mesures proposées :

- stimulation auditive ou par l'air froid, mais de durée d'action courte
- combinaison de sieste de durée courte et de la prise de «substance éveillante» (caféine) : améliore la vigilance pour une durée plus longue
- moduler les pauses en augmentant leur fréquence en fonction de la durée de veille ; par exemple au moins toutes les 2 heures si le poste dure plus de 12 heures.

Chronobiologie et facteurs génétiques de l'adaptation au travail posté. Dr Taillard.

Les sujets les plus tolérants au travail posté sont les sujets jeunes, ceux qui ont un biorythme du soir (car la flexibilité de leur sommeil est plus importante et la pression du sommeil est

moins forte), ceux ayant des rythmes circadiens de grande amplitude, ou dont la période est proche des 24 heures.

Surveillance médicale des travailleurs postés : comment optimiser la deuxième visite médicale ? Dr Léger.

La nature du risque :

- effets sur le sommeil et la vigilance
- risque d'accidents du travail
- troubles cardiovasculaires
- obésité, modifications endocriniennes
- augmentation du risque de cancers du sein chez la femme
- vieillissement
- risques propres à la femme (troubles du cycle menstruel...)

Comment surveiller de manière optimale ?

- standardiser un bilan de référence : réalisation d'un agenda du sommeil sur trois semaines
- mesure de l'IMC, éventuellement enquête alimentaire, bilan lipidique
- surveillance cardiovasculaire : TA
- absentéisme, nombre d'AT
- échelles d'anxiété, de dépression
- indicateurs : cancers, vieillissement.

Communications orales.

Effets des horaires de travail sur la qualité de sommeil et sur la vigilance. Dr Adam.

Cette étude menée par une équipe lorraine et une équipe allemande met en évidence les effets néfastes (sur la qualité de sommeil et sur la vigilance) de l'alternance des rythmes de travail et de l'horaire précoce de prise de poste.

Conséquences professionnelles de l'insomnie. Dr Setton.

Cette étude menée en région parisienne montre une forte répercussion de l'insomnie sur la vie professionnelle :

- absentéisme multiplié par 1,93
- nombre d'erreurs au travail multiplié par 1,72
- l'insomniaque s'estime moins efficace, moins innovant, moins reconnu et se sent moins à l'aise à son travail que le bon dormeur ; il estime également avoir une moins bonne progression professionnelle.

Les interventions qui suivent ne sont pas résumées dans les Archives.

Médecine du Travail et conduite automobile. Dr ? et Whebi (médecins inspecteurs des transports)

Il faut différencier dans le temps validité administrative du permis de conduire et validité médicale. Les propositions du CISR en 2002 ont été très contestées sur un plan social et pour l'instant sur un plan strictement légal il n'y a rien de neuf.

Il appartient au médecin du travail, mais également au médecin traitant de faire connaître à tous les conducteurs, notamment à titre privé, leur responsabilité médicale en la matière. « La décision de prendre son véhicule privé relève de la stricte responsabilité du décideur, c'est-à-dire du conducteur » *Cette position des deux médecins inspecteurs du transport clarifie à mon sens la question des salariés que le médecin du travail juge inaptes à la conduite mais qui se rendent à leur travail en voiture, et pour lesquels l'employeur est susceptible de poser la question de la responsabilité en cas d'accident de trajet.*

Une proposition de révision de l'arrêté de 1997 est en cours mais en attendant il s'applique toujours.

Les médecins du travail ont le devoir d'informer les salariés notamment dans le cadre de la prévention des accidents de trajet mais ce devoir d'information s'étend à tout le corps médical.

Les programmes de santé publique intéressant la médecine du travail. Intervention du Dr Dab, directeur général de la santé.

La DGS ne souhaite pas de mise sous tutelle des services de santé au travail par le ministère de la santé. La médecine du travail ne doit pas non plus être instrumentalisée par la santé publique (« l'entreprise comme terrain de lutte contre le tabac, l'alcool, etc... »).

Les grands enjeux à venir sont :

- l'amélioration de la détection des menaces
- la quantification des risques
- le renforcement de la couverture préventive de la population; on note en effet un déséquilibre important de l'allocation des ressources entre le secteur curatif et le secteur préventif (ex : la France est le pays qui a la meilleure espérance de vie à 65 ans avec le Japon, et le moins bon taux de mortalité/morbidité avant 60 ans en Europe, la première cause en étant les cancers ; la couverture vaccinale s'effondre à l'âge adulte...) ; il est indispensable d'évaluer les dispositifs de prévention
- le renforcement de l'expertise : ne pas éloigner de trop l'expertise des risques de leur gestion ; garantir l'indépendance de ceux qui évaluent ces risques dans une optique de prévention de la santé (par leur statut, mais cela ne suffit pas, il faut des procédures écrites)
- le renforcement de la veille prospective vis-à-vis notamment des nouveaux agents infectieux, chimiques, des nouvelles formes de pathologies mentales liées aux situations d'exclusion, des nouvelles formes d'organisation du travail (intérim, sous-traitance...)

-

Les nouveaux outils prévus dans la loi de santé publique :

- instiller la culture du résultat, pouvoir faire le bilan des systèmes de santé avec une série fixe d'indicateurs fiables
- le principe de responsabilité : dès lors qu'il s'agit de santé au niveau des populations, la responsabilité relève de l'Etat
- rationaliser le travail de santé publique : faire du programme en tant qu'action organisée le moyen d'action en santé publique
- la régionalisation : un socle commun pour toutes les régions, mais laissant une large capacité d'initiative au niveau régional, car les problèmes de santé ne sont pas les mêmes dans toutes les régions de France
- les réseaux de partenariat : il y a par exemple 3000 associations de lutte contre le SIDA subventionnées sur fonds publics : comment coordonner leurs actions tout en respectant leurs spécificités

26 GIP (groupements régionaux de santé publique) permettront une mutualisation des moyens de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Ils signeront avec les acteurs de santé publique des contrats d'objectifs et de moyens, et c'est dans ce cadre que les programmes de santé publique devront se discuter. Ces groupements offrent aux médecins du travail et aux acteurs de santé publique la capacité de travailler ensemble au niveau régional.

Les priorités de la loi de santé publique comportant un volet professionnel :

- le plan cancer
- le plan national santé-environnement (travail, écologie et santé)
- le plan d'amélioration de la qualité de vie des malades porteurs de pathologies chroniques
- le plan violence et santé publique (comprend un volet violence au travail)
- le plan canicule.

Le diaporama illustrant la synthèse du Pr Caillard a été mis en ligne par le Dr Muller. Deux « phrases choc » :

- faire en sorte que les effectifs maximaux fixés dans le décret à paraître ne deviennent pas des effectifs plancher à atteindre
- les objectifs de prévention des risques professionnels sont fixés par l'Etat et les partenaires sociaux, mais il faut garder la maîtrise de la gestion des pratiques.

Allocution du directeur des relations du travail Mr Combrexelle, *qui s'est voulu très rassurant après une intervention du SNPMT qui a lu son manifeste au sujet du décret en préparation.*

Elle a concerné :

- L'importance croissante des questions de santé publique. Une grande part de la responsabilité des défis en matière de santé au travail va incomber à la médecine du travail « sous réserve de la mise en œuvre des adaptations nécessaires ». L'Etat entend maintenir et instituer un haut niveau de protection et la médecine du travail en est le centre. **« L'avenir de la médecine du travail est entre vos mains ».**
- La confirmation de la parution imminente du décret portant réforme de la médecine du travail, commencée en 2002 avec les décrets régularisant les généralistes en exercice, poursuivie avec la création de la capacité (jusqu'en 2007). Ces mesures devraient combler le déficit en médecins du travail (?). Le dernier volet consiste en une réforme de structure dans 4 domaines :
 - une exigence de transparence plus grande de la part des services de santé au travail
 - un nouveau mode de calcul des effectifs donnant la priorité à l'action en milieu de travail et à la surveillance individualisée des salariés (*remous dubitatifs dans la salle*)
 - un renforcement de l'indépendance des médecins du travail
 - la modernisation du contrôle social et administratif
- Les objectifs de ce décret sont :
 - de placer l'action en milieu de travail comme une priorité
 - de définir un vrai tiers-temps (cf 150 demi-journées au moins)
 - une surveillance individuelle des salariés qui doit s'adapter à leurs besoins, en concentrant plus d'efforts sur ceux qui en ont le plus besoin, en déterminant des postes et métiers à surveillance médicale renforcée (cette détermination devant se faire par les branches concernés)

- d'apporter une contribution à la veille sanitaire en milieu de travail et de participer à une fonction d'alerte par la production de données en matière sanitaire par l'intermédiaire de l'InVS.

- Les difficultés :

- les ressources médicales : 2300 médecins partiront à la retraite à l'horizon 2014 sur 7000 en exercice. Cette évolution démographique rendait indispensable le nouveau mode de calcul du temps médical, à savoir un nombre maximal d'établissements surveillés à 450, un nombre maximal de salariés surveillés à 3300 et un nombre maximal annuel de visites à 3200, ces trois critères étant cumulatifs. D'après Mr Combrexelle ces chiffres sont des chiffres maximaux et ne constituent pas des chiffres planchers à atteindre...

- un contrôle strict des services sera fait, au regard de ces nouvelles exigences

L'objectif est de promouvoir la culture du résultat par le biais d'objectifs chiffrés de moyens et de matériels, d'encourager des pratiques innovantes, basées sur une démarche de projet, avec évaluation de la mobilisation des ressources et des résultats.

L'adhésion donnera accès à une prestation globale en santé au travail, dissociant le montant de la cotisation du nombre de visites.

« A vous en cette période historique de porter au plus haut votre fonction et votre responsabilité au service de la médecine et de la santé au travail »...

Les prochaines journées nationales auront lieu à Lyon du 30 mai au 2 juin 2006. Les thèmes prévisibles sont pour l'instant :

- la clinique médicale du travail : le contenu du travail du médecin du travail
- violences au travail
- la surveillance des risques chimiques dans un contexte de mobilité professionnelle
- la génétique
- la construction de nouveaux indicateurs de santé
- les rayonnements non ionisants
- pluridisciplinarité
- évaluation des risques
- le risque routier
- ateliers : Internet, urgences....