

SANTÉ AU TRAVAIL

SANTÉ AU TRAVAIL

Place de l'Éducation et de la Prévention primaire dans la Santé au travail.



ACTES DE LA JOURNEE

30 Novembre 2006

**Résidence Chalon Jeunes
CHALON SUR SAONE.**

SANTE AU TRAVAIL

SANTE AU TRAVAIL

Place de l'Education et de la Prévention primaire dans la Santé au travail

Nos remerciements :

- **Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de cette journée :**

Le réseau des comités d'Education pour la Santé de Bourgogne : en particulier, Delphine BRIERE, Elyse BOSCH, Mme Sabrina DESCHAMPS, Mlle Sandrine LOUESDON, et le Dr Isabelle MILLOT.

- **Aux intervenants :**

M. le Sous-Préfet de Chalon sur Saône, Jean-Noël HUMBERT, Dr Pierre ABECASSIS, Professeur Henri-Jacques SMOLIK, Dr Thierry HAMONIC, M. Patrick FERRY, Dr Frédéric DASSONVILLE, Mme Martine GOLIRO, Dr Catherine RAOUX et Matthieu DANGUIN, Dr Brigitte RENARD, Dr Marie-Claire BARDOUILLET, Dr Alain IZAR, Mme Chantal CHEVROT, M. Jean-Louis CHARLET, Dr Michel ROY, Mme Jocelyne MEURIOT.

- **Et à tous les participants de cette journée.**

Réalisation CODES 71 :

Mesdames, Annie BERRY, Denise CABASSON, Docteur Jean-Claude GUILLEMANT, Monsieur Pierre FAGNOT.

CONTEXTE

L'entreprise demeure un élément majeur d'intégration et de reconnaissance sociales.

Les conséquences du travail sur la santé sont très largement physiques mais aussi morales ou psychologiques.

Les expériences éducatives et préventives en milieu de travail sont multiples : des actions sont développées afin de réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais aussi dans des domaines plus larges comme l'amélioration des conditions de travail ou les addictions en milieu du travail.

Cette journée d'échange de pratiques, organisée par le CODES 71, dans le cadre du SREPS, en lien avec le PRSP et le PRSE, a constitué une opportunité pour :

- ✓ Repérer les priorités dans ce domaine,
- ✓ Comprendre l'environnement,
- ✓ Mobiliser les différents acteurs.

PROGRAMME

- 9h15** Accueil
- 9h45** **Ouverture de la journée**
Mr Jean-Noël HUMBERT, Sous-Préfet de Chalon sur Saône.
- 10h** **Panorama des réalités et des enjeux de la santé au travail**
Dr Pierre ABECASSIS, Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.
- 10h25** **Les nuisances sonores au travail**
Professeur Henri-Jacques SMOLIK, Faculté de Médecine et Institut de Médecine du Travail.
- 10h50** **Travail et santé mentale**
Docteur Thierry HAMONIC, MT 71.
- 11h15** **Les risques routiers au travail**
Monsieur Patrick FERRY, CRAM.
- 11h40** **Prévention des conduites addictives au travail**
Docteur Frédéric DASSONVILLE, ANPAA 71 et MT 71.
- 12h05** Pause déjeuner libre (possible sur place)
- 13h30** **Ateliers**
- 1— **Prévention du risque chimique**
*Martine GOLIRO, CRAM - Docteur Catherine RAOUX
Et Matthieu DANGUIN, MSA 71.*
- 2— **Travail et santé mentale: approches pratiques**
*Docteur Brigitte RENARD, Entreprise MICHELIN
Et Docteur Marie-Claire BARDOUILLET, MT 71.*
- 3— **Construire une campagne de santé publique en entreprise**
Docteur Alain IZAR, Service Régional de Médecine Du Travail SNCF.
- 4 — **De la prise en charge à la prévention des conduites addictives**
Chantal CHEVROT, ANPAA 71.
- 15h20** Pause
- 15h45** **Restitution des ateliers**
- 16h15** **Synthèse et clôture**
- 16h45** **Fin de la journée.**

Le Docteur Jean-Claude GUILLEMANT, Président du Collège Régional d'Education pour la Santé de Bourgogne (CORES) et du Comité Départemental d'Education pour la Santé de Saône et Loire (CODES 71) accueille les participants et donne la parole à Monsieur le Sous-Préfet.

OUVERTURE DE LA JOURNEE

Mr Jean-Noël HUMBERT, Sous-Préfet de Chalon sur Saône

Monsieur Jean-Noël Humbert présente les excuses du Préfet de région et le représente. Il l'a chargé de dire tout l'intérêt qu'il porte aux travaux de réflexion de cette journée et saluer le rôle éminent que joue les comités départementaux d'Education pour la Santé, particulièrement le CODES 71 dans l'organisation de cette journée. Il faut souligner le rôle de cheville ouvrière des comités en tant que référents comme centres de ressources, d'information et de documentation pour la santé.

Le thème de la journée : « Place de l'Education et de la Prévention primaire dans la Santé au Travail » pose trois grandes questions :

- ➡ Pourquoi se mobiliser pour la Santé ?
- ➡ Pourquoi met-on l'éducation et la prévention pour la santé au premier rang ?
- ➡ Pourquoi le thème de la santé au travail est-il devenu aujourd'hui une problématique majeure pour les pouvoirs publics ?

Nous avons, en France, la chance d'être un des pays au monde qui est le mieux doté en systèmes de soins.

En France, actuellement, l'espérance de vie à la naissance dépasse les 80 ans ; nous sommes devant de très nombreux pays occidentaux. Cependant, paradoxalement nous avons une surmortalité prématurée, le taux de décès avant 65 ans est très élevé et très au-delà des autres pays occidentaux. Cette surmortalité prématurée peut être réduite si nous savons lutter contre les inégalités sociales et si nous savons corriger certains de nos comportements.

La mobilisation pour la santé c'est l'occasion de réduire les inégalités de santé et de modifier précisément nos attitudes, nos croyances et d'élargir nos connaissances.

Il faut faciliter l'accès aux soins, il faut que les diverses interventions qui se mettent en place agissent sur les déterminants de santé. Et là, on touche le secteur de la promotion et de l'éducation pour la santé. C'est là que vous avez un rôle assez éminent à tenir.

Vous savez aussi, que les acteurs potentiels qui existent, ne verront leur mobilisation, leurs actions se concrétiser que si les actions préventives relèvent d'une action politique forte et s'intègrent dans des programmes cohérents. Ceci peut paraître une évidence, mais il faut quand même le dire parce que la bonne volonté des uns et des autres ne suffit pas si il n'y a pas derrière une politique structurée et une déclinaison cohérente à l'échelle du territoire.

Nous savons, en France, que c'est la loi du 9 mai 2004 relative à la politique de santé publique qui fixe le cadre général d'action et qui prône une démarche de promotion de la santé à travers un certain nombre de buts qui tous tendent vers les mêmes objectifs : créer des conditions de vie, de travail et des environnements qui ont une influence positive sur la santé. Cette politique nationale se décline à l'échelle régionale puisque vous savez que le plan régional de santé publique est à la fois un ensemble coordonné de programmes et aussi de schémas dans lesquels s'emboîte un certain nombre de dispositifs.

Cette politique de santé publique et de promotion de la santé a sa réussite conditionnée par la mise en place d'un programme d'éducation pour la santé.

L'Education pour la santé est une véritable mission de service public qui s'adresse à tous avec le souci de rendre cette politique accessible à chacun. Surtout, ce sont des professionnels qui s'adressent à vous, qui vous interpellent, parce qu'à travers les décisions que vous prenez ou les conduites que vous adoptez vos choix ont une influence certaine sur la santé de la population.

Vos choix, sont des choix individuels, mais, regroupés, vous pouvez peser sur des orientations et cette politique d'éducation pour la santé, semble-t-il, est pertinente parce qu'elle a une approche globale des questions de santé, parce qu'elle utilise diverses portes d'entrées pour évoquer ces questions comme des thèmes particuliers, divers types de populations, mais aussi des lieux de vie comme l'entreprise. Et, dans cette région Bourgogne, l'éducation pour la santé a été identifiée comme un axe majeur de développement de la politique de santé.

Lorsque le schéma régional d'éducation pour la santé a été élaboré, l'état des lieux qui avait été dressé avait bien montré qu'il y avait un besoin d'une meilleure circulation de l'information, un besoin de développer la coordination des acteurs, de développer la cohérence des actions conduites. C'est l'objectif qui s'appelle : harmoniser, accroître et coordonner les interventions en éducation pour la santé.

C'est dans ce cadre là que cette journée prend place. Entre autre, cette journée me semble intéressante parce qu'elle est à la confluence d'un certain nombre de lignes politiques.

Il y a le schéma régional d'éducation pour la santé, le plan régional de santé publique et ce qui est en gestation aujourd'hui : le plan régional de santé au travail.

L'objet de votre réflexion c'est la santé au travail qui est une autre problématique intéressante parce qu'aujourd'hui l'on se rend compte que cette question est devenue un sujet de préoccupation et d'investissement fort de l'Etat. Lorsque l'on écoute le Ministre des relations du travail s'exprimer sur ce terrain là, il ne manque pas une occasion pour rappeler que la santé au travail est un investissement entier des pouvoirs publics et une mobilisation collective. Il y a bien un plan national qui a été arrêté au début de l'année 2005 et qui aura des déclinaisons régionales. Personne n'a encore réussi à boucler l'exercice mais c'est un exercice en cours.

C'est un objectif de mobilisation de tous. Nous devons tous être mobilisés autour des problématiques de la santé au travail parce qu'elle est porteuse d'enjeux sanitaires, sociaux et politiques. On ne peut pas dire que la lutte contre les accidents du travail, les maladies professionnelles, les risques professionnels soit un effet de mode.

Lorsque l'on voit les chiffres c'est vrai que la durée du travail diminue ; cela veut dire que le temps consacré au travail, en tous cas, le temps passé sur le lieu de travail se raccourcit sensiblement dans la société. Pour autant, et s'il est vrai que le nombre et la fréquence des accidents baissent, il n'en reste pas moins que sont dénombrés, chaque année, en France, 700.000 accidents du travail, 700 morts et que l'on déclare 35.000 maladies professionnelles. Ces chiffres sont des sujets de préoccupation prioritaires. Nous savons que globalement le monde du travail a changé, que les conditions de travail ont évolué et que le nouveau cadre du travail a certainement amplifié les risques que les salariés subissent. Le cadre juridique fixant les règles relatives à la prévention des accidents du travail aujourd'hui, se révèle relativement inadapté, compte-tenu de l'évolution du travail et du contrat de travail. L'innovation technologique et la façon dont nous travaillons aujourd'hui amènent de nouveaux risques, de

nouvelles pressions sur les salariés, des problématiques, des difficultés et un impact global sur l'état d'esprit des salariés radicalement différent de ce qu'il pouvait être il y a encore quelques décennies ou encore quelques années.

Il y a je pense aujourd'hui des choses tout à fait nouvelles qui sont en train de se développer. Elles vont avoir un impact considérable sur la façon dont nous vivons sur nos lieux de travail. C'est pour cela, me semble-t-il, que l'action des pouvoirs publics doit être résolue et qu'il faut une mobilisation collective. Lorsque l'on regarde les grandes composantes du plan « Santé au Travail » qui couvre les années 2005/2009, l'on se rend compte qu'il est articulé autour de quatre grands axes :

- ➡ le développement de l'expertise et de la recherche
- ➡ le renforcement de l'éthique des activités de contrôles
- ➡ la refonte de la gouvernance
- ➡ la sensibilisation des entreprises à la culture de la prévention.

Je crois que ce dernier point est un élément fort parce qu'il conditionne très largement tout le reste. Il faut favoriser l'engagement des entreprises sur le terrain de la prévention. Cela veut dire que vous qui êtes des professionnels, vous aurez un rôle d'appui et de conseil de plus en plus fort auprès des entreprises. Il faudra faire la démonstration aux chefs d'entreprise qu'elles ont tout à gagner à s'engager dans une démarche globale de prévention.

Tout d'abord, « il vaut mieux prévenir que guérir », le coût de la réparation est toujours supérieur au coût de l'investissement en termes de prévention. Et, parce qu'il y a un retour sur investissement, l'intégration de la prévention dans l'organisation du travail c'est à la fois un point social, mais aussi une opportunité en termes de compétitivité, d'innovation et de climat social pour les entreprises en améliorant la performance globale de l'entreprise. La culture de prévention dans les entreprises est quelque chose qui demain doit être déterminant et sur lequel nous devons tous nous pencher parce que nous savons que ce n'est pas la seule inspiration, la seule bonne volonté des chefs d'entreprise qui permettra de résoudre les problèmes. Il y aura besoin d'une mobilisation individuelle à travers les fonctions que chacun remplit, d'une mobilisation collective à travers une capacité d'initiatives de produire un certain nombre d'exemples qui peuvent être reproduits et surtout remplir un travail de conseil et d'appui.

C'est pour cela que des journées de réflexion comme vous avez décidé d'organiser aujourd'hui prennent tout leur sens et permettront d'avancer. C'est au cours de ces journées qu'apparaissent des opportunités pour repérer toutes les priorités qu'il faut bien se fixer sur un sujet comme la santé au travail ; mais tout ne peut pas être prioritaire, il faut donc une hiérarchisation des priorités. J'ai vu à travers les thèmes dont vous allez débattre que vous avez ciblé un certain nombre de problèmes que se posent aujourd'hui ; cela permet, je pense en confrontant les expériences des uns et des autres de se mobiliser, et puis cela permet surtout de comprendre l'environnement dans lequel nous nous trouvons.

Il n'est pas évident de pouvoir monter, de réaliser des actions relatives à l'éducation ou à la prévention. Il y a d'une part, les connaissances techniques que les spécialistes peuvent avoir, d'autre part, il y a beaucoup d'éléments qui relèvent de la problématique de la communication entrant dans un champ très différent de ce que le professionnel peut connaître ou maîtriser. Il y a là encore besoin de mettre en parfaite cohérence les capacités et les talents d'un certain nombre d'acteurs pour faire en sorte que ce qui peut conduire à l'éducation et à la prévention ait un rôle et un impact fort auprès des salariés ou des chefs d'entreprise.

Dans notre société l'on ne peut pas se désintéresser des questions relatives à la santé et particulièrement à la santé au travail. Même si nos modes d'approche du travail ont évolué au cours des années écoulées, il n'en reste pas moins que le travail tiendra toujours une place importante. Les mutations technologiques changeront de façon très rapide les conditions de travail. Il nous faut donc construire autour de ces nouvelles conditions de travail tous les éléments qui vont permettre d'éviter qu'elles ne provoquent une dégradation globale, mais aussi individuelle, de la santé de celles et ceux qui à travers leur contribution à la vie d'un pays, permettent de créer des richesses et le bon développement d'une société.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une bonne journée, que votre travail débouche sur des résultats concrets. L'objectif de cette journée n'est pas seulement de la réflexion d'ordre théorique mais c'est bien la confrontation des opinions pour faire en sorte qu'au bout du compte les actions qui sont arrêtées, soient les plus pertinentes.

Donc, je vous souhaite une bonne journée, beaucoup de courage et de réflexion, pour faire en sorte que l'objectif que vous vous assignez soit rempli d'une part, au niveau de l'action collective que vous remplissez dans vos diverses fonctions, et d'autre part, à travers l'engagement des comités d'éducation pour la santé qui sont les éléments aujourd'hui incontournables du bon fonctionnement et du bon équilibre de la santé.

PANORAMA DES REALITES ET DES ENJEUX DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

*Docteur Pierre ABECASSIS, Médecin Inspecteur Régional du travail pour la région
Bourgogne*

Santé au Travail :

**Nouvelle donne
Nouveau contexte
Nouveaux enjeux
ou...**

QUOI D'NEUF, DOCTEUR ?

La première question qui se pose à nous c'est de bien comprendre que le travail est en train de changer de façon considérable.

Les Nouvelles organisations du travail sont :

Les nouvelles technologies avec l'informatique

L'accélération dans les rythmes des communications et des process (flux tendu, zéro stock, « juste à temps »...) qui soumet les organismes et les cerveaux à des contraintes importantes.

Des exigences de plus en plus fortes en matière de performances, de productivité, de rentabilité (certains cadres disent qu'ils jouent au mondial tous les jours, qu'on leur demande des exigences de sportif de haut niveau.)

On assiste à une taylorisation dans les tâches du tertiaire

Les nouvelles modalités managériales génèrent parfois des contextes de souffrance mentale.

Les nouvelles organisations du travail, c'est aussi :

La véritable explosion des collectifs de travail, voire la casse volontaire des collectifs de travail auxquelles nous avons assisté dans les entreprises visant à individualiser au maximum les relations de travail.

Des ébranlements identitaires en matière de sociétés, les fusions, les restructurations, les changements perpétuels, l'internationalisation, la mondialisation. (ex. d'une société qui avait changé six fois de nom en 20 ans).

Les normes de qualité qui apparaissent dans les entreprises sont souvent contradictoires avec les normes de marché et surtout avec les normes de métier (notion du travail bien fait).

Le travail atypique (temps partiel forcé, temps éclaté par exemple pour le personnel de la grande distribution, qui ont trois plages horaires dans la même journée), l'intérim, le travail saisonnier, le travail à domicile, le télétravail, la sous-traitance et l'externalisation, sans parler de la mobilité.)

Tout ceci crée un contexte dans lequel les travailleurs ont à retrouver, à construire leur santé ce qui n'est pas évident. Ce qui génère ce que l'on a coutume d'appeler :

Les risques psychosociaux.

Ils sont apparus bien avant les lois qui les concernent. Ces questions de santé mentale sont entrées dans le code du travail de façon discutable par l'intermédiaire du harcèlement moral et ce n'est pas neutre à ce niveau de ne pas perdre de vue cette question.

La souffrance mentale au travail c'est souvent des conflits interpersonnels liés à l'individualisation des conditions de travail cela peut aller jusqu'à des phénomènes de « burn out ». Cela se traduit par une certaine importance de l'absentéisme, par le stress, le harcèlement moral, les conduites addictives et le dopage que vivent certains salariés, notamment des cadres, pour tenir au travail.

La violence au travail (incivilités, agressivité générale du public, phénomènes de braquages, pouvant dans des conditions managériales éprouvantes aller jusqu'au suicide).

Ces nouvelles organisations du travail, ce nouveau contexte peut générer :

des troubles musculo-squelettiques (TMS)

Nous avons connu une véritable explosion de ces troubles puisqu'ils sont passés de 3 000 en 1993 à 24 000 en 2003, soit plus de 20 % par an et ont donc été multipliés par 8.

Peut-être assiste-t-on à une stabilisation puisque l'on en a recensé 25 000 en 2004.

En fait, il s'agirait plutôt d'un ralentissement de la hausse puisque l'on observe en 2005 une nouvelle hausse bien qu'inférieure à 20 %.

Ces TMS sont multifactoriels d'où leur difficulté à les traiter, multifactoriels à composante professionnelle. Un TMS est la rencontre de :

- ◆ facteurs environnementaux : sollicitations biomécaniques, organisation du travail, contraintes de production et managériales.
- ◆ Facteurs individuels : âge, genre, antécédents...

Le vieillissement de la population salariée

En 2005, un salarié sur trois arrivait à l'âge de la retraite en travaillant.

En 2010, l'objectif européen, défini lors des sommets de Stockholm et Lisbonne, fixe un taux d'emploi des 55-64 ans à 50 %.

Le challenge des pouvoirs publics et des entreprises, c'est comment maintenir les salariés âgés en bonne santé ?

Comment parvenir à la promotion et à la maintenance de la capacité de travail ?

Autre challenge que s'est fixé la société par le renouvellement de la loi de 1975 sur les handicapés par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances c'est :

L'intégration et le maintien dans l'emploi des handicapés

Cette loi affiche le principe de NON DISCRIMINATION au TRAVAIL. Ce qui revient à prioriser l'emploi des handicapés en milieu ordinaire, ceci est un challenge très important.

Les mesures concernant l'application de cette loi sont :

L'obligation d'emploi maintenu à 6 %, étendu à de nouvelles catégories (les ayants droits en matière d'allocations adultes handicapés et les titulaires de la carte d'invalidité) et aux fonctions publiques.

Les sanctions financières pour les employeurs qui ne respecteraient pas cette loi sont assez considérablement renforcées.

Tout le monde a entendu parler de l'amiante. Au-delà du problème de l'amiante la question des produits chimiques et de leurs effets à long terme reste un sujet majeur aujourd'hui en santé au travail.

Avant, pendant et après l'amiante... nous avons les produits cancérigènes, mutagènes, et toxiques pour la reproduction (CMR). C'est considérable car :

- 1,4 à 2,6 millions de salariés sont exposés
- 5 millions de tonnes de CMR ont été utilisés en 2005 en France
- 4 à 8,5 % des cancers sont suspectés d'avoir une origine professionnelle. (Soit 4100 à 8270 selon l'Institut de Veille Sanitaire.)

1500 cancers professionnels sont reconnus dont 84 % sont liés à l'amiante et 6 % aux poussières de bois.

Surtout, cela rejoint les constatations de Monsieur le sous-Préfet, la situation par rapport aux cancers est considérablement inégalitaire : l'excès de risque de mortalité précoce est doublé chez les ouvriers par rapport aux cadres, si l'on exclut le tabagisme.

L'enquête SUMER 2003 est une enquête de conditions de travail réalisée par les médecins du travail au cours de visites systématiques, auprès d'un échantillon significatif de salariés. Elle a montré que 2 370 000 salariés étaient exposés à des cancérigènes : ce sont majoritairement des hommes, des ouvriers et curieusement, ce nombre est en légère progression par rapport aux chiffres de la précédente enquête SUMER réalisée en 1994.

- 1/3 des ouvriers travaillent sans protection.

Les principaux cancérigènes rencontrés sont : les vapeurs diesel, les huiles minérales, poussière de bois, la silice, les solvants chlorés, le formol, les goudrons, le chrome, le benzène, l'amiante (en recul consécutivement à son interdiction).

- 366 000 salariés sont exposés à des mutagènes ou à des reprotoxiques.

Face à ces problématiques nouvelles, l'Etat dans les vingt dernières années s'est beaucoup préoccupé de l'emploi et c'est important qu'il ait désormais une politique du travail et reprenne la main en matière de santé au travail face au nouveau contexte. Pour ce faire, un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires ont été prises :

- ◆ La loi de modernisation sociale de janvier 2002 qui a introduit la notion de santé mentale au travail
- ◆ La réforme de la santé au travail a apporté une nouvelle dimension sur l'impulsion de l'Europe en matière de Service de Santé au Travail (SST) en y introduisant la pluridisciplinarité.
La santé est devenue une chose trop sérieuse pour être confiée aux seuls médecins et les SST ont dû commencer à recruter afin d'avoir une approche pluridisciplinaire : des ingénieurs, des techniciens, des spécialistes d'autres disciplines que la médecine.
- ◆ La réforme de la médecine du travail a donc explicité ces dispositions dans le décret du 28 juillet 2004 qui instaure de façon plus précise cette pluridisciplinarité et qui oriente davantage les médecins du travail vers le milieu de travail en relativisant leur activité médicale clinique.

Les plans de santé publique

- ➡ Le plan cancer
- ➡ Le plan de Santé Publique (PNSP)
- ➡ Le plan Santé Environnement (PNSE)
- ➡ Le plan Santé au Travail (PST)
- et leurs déclinaisons régionales.

L'Etat se fixe par le truchement de ces plans des objectifs les plus souvent chiffrés, afin de permettre la construction de la Santé au Travail.

La Santé au Travail est devenue partie prenante de la Santé Publique en y étant incluse par le biais de la veille sanitaire et épidémiologique, la création et surtout le renfort en cours de l'Institut de Veille Sanitaire et la création de l'agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (AFSSET) qui fait de la veille sanitaire. Enfin, comme le disait Monsieur le Sous-Préfet également, « l'Etat considère désormais les Services de Santé au Travail, non plus comme des prestataires de service, mais comme de véritables acteurs de la santé au travail avec lesquels il conviendra de contractualiser et d'avoir des objectifs.

L'évaluation des risques professionnels, avec les responsabilités nouvelles du chef d'entreprise

Il s'agit d'une démarche intellectuelle et pratique essentielle pour faire avancer la prévention primaire.

La jurisprudence a consacré récemment par une série d'arrêts en 2003 : l'obligation de sécurité de résultats contractuels, la cour de cassation a estimé dans une série d'arrêts en rafale que l'employeur devait à son salarié une obligation de sécurité, de résultats en matière de protection de la santé qui peut générer, si cela n'est pas fait, une faute inexcusable, ce qui veut dire que nous allons, peut-être, vers la notion de réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cela est décisif si l'on songe par exemple que lors de l'accident d'AZF, les salariés qui ont été tués à l'intérieur de l'usine ont été indemnisés dix fois moins que les personnes passant en voiture devant l'usine. Il y a là un problème qui ne peut pas laisser indifférents les pouvoirs publics.

Le dernier point, la réforme de la notion d'aptitude.

J'appelle les médecins du travail qui ont bien évidemment déjà réfléchi à cette question et j'invite les autres à réfléchir sur ce que peut vouloir dire en matière de santé publique, « être apte à être exposé à un cancérigène ».

Je vous remercie de votre attention.

LES NUISANCES SONORES AU TRAVAIL

Professeur Henri-Jacques SMOLIK, Faculté de Médecine et Institut de Médecine du Travail.

Je remercie les organisateurs de m'avoir convié à cette manifestation pour parler de l'ambiance sonore en milieu de travail.

Il est bien évident que j'aurai l'impression d'enfoncer des portes ouvertes, puisque la plupart des participants connaissent cette problématique et j'insisterai sur quelques points particuliers, que l'on retrouve dans l'évolution naturelle de ce qui a été présenté préalablement, c'est-à-dire l'obligation de l'évaluation du risque et les conséquences que cela peut avoir sur l'employeur, sur le salarié et sur le médecin du travail.

Le bruit est un phénomène un peu particulier qui peut se décliner avec trois définitions différentes, selon que l'on a à faire à :

- un phénomène physique, donc qui a un caractère aléatoire.
- un phénomène acoustique, c'est une variation de la pression aérienne qui génère une sensation auditive.
- une définition psychologique et hygiéniste, puisque le bruit est considéré comme un phénomène produisant une sensation considérée comme désagréable, gênante. C'est un phénomène subjectif d'un son non désiré. Globalement « un bruit est un son que l'on ne veut pas entendre ».

Partant de cet état de fait, le bruit apparaît comme :

- ↪ un facteur de stress neurotrope,
- ↪ un véritable poison cumulatif pour l'organisme,
- ↪ une source de gêne, d'inconfort, de nuisance,
- ↪ une source de danger, source d'accidents du travail, essentiellement par les effets de masque,
- ↪ un facteur de risque pour la santé qui peut entraîner des lésions irréversible, qui vont se manifester essentiellement par une surdité, qui peut être la conséquence d'un effet lésionnel, ou simplement des effets cumulatifs et un effet dose dans le cas de la surdité professionnelle.

Mais le bruit reste quand même, comme tout facteur de stress, un phénomène indispensable à la vie, et une source d'information qui est indispensable au comportement et à l'activité.

En ce qui concerne les effets générés par l'exposition au bruit. Ils dépendent d'un certain nombre de paramètres, lesquels paramètres sont des paramètres physiques qui permettent de caractériser l'intensité sonore et surtout les doses auxquelles les salariés peuvent être exposés sans risquer un danger pour leur santé.

Vous avez en première intention l'intensité. L'oreille humaine est sensible à des niveaux d'intensité comprise entre 0 et 140 dB, au-delà il n'y a plus qu'une manifestation douloureuse.

De la même façon, les niveaux de bruits sont exprimés en décibels (dB) et maintenant en Pascal carré heure, c'est-à-dire en unité de pression. Il s'agit bien là aussi de se ramener au phénomène de stress.

Par rapport aux valeurs réglementaires, il y a des nouveautés définies par les directives du parlement européen du 6 février 2003 et applicables en France depuis le 15 février 2006.

Historiquement, nous avons des valeurs limites d'exposition qui constituaient des cotes d'alerte et des cotes de dangers. Les cotes d'alerte étaient des niveaux qui nécessitaient l'institution d'un suivi médical et la mise à disposition de protecteurs, les cotes de danger rendaient obligatoire le suivi médical, et rendaient obligatoire le port de protecteurs individuels.

Ces valeurs de référence ont changé, que ce soit pour la dose de bruit reçu sur 8 heures ou 40 heures par semaine, ou que ce soit pour les niveaux de crêtes auquel on était susceptible de pouvoir être exposé. Pour les doses reçues sur 8 heures par jour ou 40 heures par semaine initialement, le seuil d'alerte était de 85 dB (A). Il a été ramené à 80 dB (A).

Le seuil limite de danger était de 90 dB (A). Il a été ramené à 85 dB (A). Pour les niveaux crêtes c'est-à-dire les bruits impulsionnels (ceux contre lesquels l'oreille ne peut pas se protéger parce qu'elle n'a pas les moyens mécaniques de le faire), le seuil limite d'alerte est resté à 135 dB (C), par contre le seuil limite de danger qui était de 140 dB (C) a été ramené à 137 dB (C). Un point particulier par rapport à cette réglementation est que l'on impose maintenant de pouvoir appréhender ces phénomènes sonores à la fois en dB (A) c'est-à-dire en terme de hausse de bruit et en dB (C) c'est-à-dire en terme de crête, il faudrait pouvoir faire un mesurage systématique. Or, les appareils de mesurage dont on dispose actuellement ne le permettent pas. Donc, il y a une incohérence entre les obligations qui sont faites et les moyens dont on peut disposer pour satisfaire ces obligations. Mais surtout, ce qui est le plus important à retenir, c'est qu'il a été introduit une nouvelle notion : c'est ce que l'on appelle la valeur limite d'exposition professionnelle.

Cette valeur limite d'exposition professionnelle est en contradiction avec les niveaux sonores qui vont être énoncés puisque c'est le niveau d'exposition sonore qui ne doit pas être atteint sous le protecteur individuel, ni atteint, ni dépassé. En termes de dose de bruit, cette valeur limite d'exposition professionnelle est de 87 dB (A) pour 8 heures par jour et 40 heures par semaine. C'est un niveau qui est supérieur à la cote de danger. Il y a là une ambiguïté, parce que l'on protège les gens, et en les protégeant on répond à une norme alors que l'on sait pertinemment qu'ils restent confrontés à un danger : celui de voir apparaître une surdité professionnelle. Et, l'on a la même problématique concernant une exposition liée au niveau de crête puisque la valeur limite d'exposition est de 140 dB (C) qui correspond à l'ancien seuil limite de danger. Le problème de ce texte réglementaire est qu'il ne prévoit pas à la fois l'exposition de dose de bruit reçu sur 8 heures et les niveaux crêtes auxquels on est exposé pendant la journée de travail.

Le dernier point par rapport à cette problématique, c'est que les conditions de travail ont changé, les durées d'exposition aussi et donc par conséquent les salariés ne sont plus exposés 8 heures par jour en continu (on l'a vu avec l'organisation du travail présentée par le Dr ABECASSIS). C'est pour cela que l'employeur a l'obligation d'évaluer le risque à moyen terme, mais l'on ne sait pas ce qu'est le moyen terme, cela n'a pas été défini et cela a généré une évolution de la norme de mesurage.

En ce qui concerne les effets générés par le bruit, le deuxième paramètre qu'il est indispensable de pouvoir cerner, c'est la fréquence.

La fréquence :

Le domaine audible pour l'homme est compris entre 20 et 20 000 hertz il y a aussi tous les phénomènes vibratoires. Quand il y a des vibrations mécaniques, il y a du bruit et quand il y a du bruit, il y a aussi des vibrations mécaniques. On verra que cela concourt aussi aux répercussions que cela peut avoir sur l'organisme. De la même façon l'oreille humaine est plus sensible aux hautes fréquences qu'aux basses fréquences, et c'est heureux puisque les fréquences conversationnelles sont comprises entre 500 et 4 000 hertz. Et puis, il y a un autre

élément, puisqu'il s'agit d'une courbe établie par WISNER, c'est que le risque de traumatisme sonore dépend non seulement de l'intensité mais aussi de la forme de fréquence et c'est ce qui permet de différencier ce que l'on appelle le décibel linéaire grandeur physique du dB (C) qui a nouvellement été introduit par la norme, c'est-à-dire le décibel contrôlé ; ce qui a permis aux fabricants de matériel de renouveler leur parc et donc aux Services de Santé au Travail de modifier leur politique d'investissement alors que l'oreille n'entend que les décibels (A).

Le troisième paramètre c'est le déroulement temporel, cela a été prévu dans la nouvelle norme, à savoir que le bruit a généralement un caractère soudain, inattendu et brutal, et que la norme impose de « dépister les événements sonores », en particulier les bruits impulsionnels et notamment les bruits et les phénomènes sonores qui sont générés par les activités autour du poste de travail et non pas par l'intéressé.

Le dernier paramètre est le déroulement spatial. Cela renvoie aux caractéristiques des locaux dans lesquels se propage l'énergie acoustique, et donc à une autre problématique qui est celle de la conception des locaux et notamment au fait que le bruit n'est pas simplement un danger qui peut être apprécié par rapport à des niveaux, ça peut être un danger par rapport aux répercussions que cela peut avoir sur l'activité, et notamment sur les activités du tertiaire, activités administratives ou intellectuelles. Les normes renvoient à la fois à des niveaux de bruit, mais surtout à des durées de réverbérations, et renvoient aussi à des choix de revêtements qui doivent éviter tous les phénomènes impulsionnels.

En ce qui concerne les autres éléments qui permettent d'appréhender les effets générés par les expositions au bruit, il y a les conditions d'exposition. Ce qui vient d'être dit permet d'identifier l'existence d'un danger, la problématique c'est de pouvoir apprécier s'il y a risque. Or, je vous rappelle que si le danger c'est l'énergie sonore, le risque relève simplement de l'exposition à cette énergie sonore, et c'est la confrontation entre l'énergie sonore et les circonstances de cette exposition qui peut provoquer les effets délétères sur la santé, en particulier la surdité.

Autre paramètre la nature de l'activité professionnelle :

Le bruit et la nuisance sonore seront appréciés différemment selon que l'activité professionnelle est physique, mentale, sensorielle, administrative, intellectuelle. Tout le monde connaît les courbes de BERANEK qui permettent de définir les niveaux de bruit qui sont supportables en fonction de la nature de ses activités.

Dans les locaux administratifs et de bureaux, l'on sait que le niveau acoustique continu équivalent ne doit pas dépasser 55 dB (A), que le niveau de bruit mesuré à un mètre des machines ne doit pas dépasser 40 dB (A), cela est une ambiguïté par rapport à ce qui précède. Donc, si l'on a déjà un niveau sonore ambiant de 55 dB (A) l'on est forcément à au moins 40 dB (A) à un mètre des machines. Dans les locaux où l'activité principale consiste en communications verbales, on retrouve aussi ce seuil qui ne doit pas dépasser 50 dB (A). Ce qui pose des problèmes notamment dans les activités de télécommunications. Les autres paramètres qui conditionnent la nocivité du bruit ce sont les paramètres environnementaux.

C'est le deuxième point qui apparaît le plus important.

Il peut y avoir des risques pour l'oreille qui dépendent des expositions combinées à des phénomènes sonores et surtout à des agents ototoxiques. Il y a des substances ototoxiques qui ont les mêmes effets lésionnels que le bruit, à savoir la destruction des cellules de corti c'est-à-dire la destruction de l'oreille interne, qui va poser des problèmes notamment sur la pertinence des limites d'exposition qui ont été énoncées, et qui va poser des problèmes aussi sur l'imputabilité au bruit de certaines surdités professionnelles.

Les ototoxiques professionnels connus et qui agissent sur l'organe sensoriel de la cochlée sont les solvants aromatiques : toluène, styrène, xylène, éthylbenzène, pour les plus couramment

rencontrés au cours des études épidémiologiques, et surtout l'oxyde de carbone que l'on retrouve dans les problèmes de tabagisme et l'acide cyanhydrique (HCN). Ne jamais isoler le bruit de son contexte ; tout dépend de l'activité, il faut tenir compte des facteurs de co-exposition et en particulier de ceux qui ont un impact nocif sur la cochlée, donc le même tropisme que celui de l'énergie acoustique.

Les derniers paramètres vont permettre d'individualiser, en quelque sorte, la démarche et l'attention du phénomène sonore, dans le cadre de l'évaluation du risque. Une évaluation personnalisée du risque, c'est de tenir compte des facteurs propres à l'individu. Les effets de bruit peuvent être influencés par l'âge, le sexe, les antécédents pathologiques, le tabagisme, les ototoxiques non professionnels consommés par l'intéressé, du fait d'une infection intercurrente et une susceptibilité individuelle avec une typologie, notamment l'on fait référence à la typologie de BORDNER avec les gens qui sont très sensibles au bruit et ceux qui y sont moins.

Ceci simplement pour illustrer la problématique à laquelle l'on est confronté, notamment dans le cadre des problèmes de reconnaissance des déclarations de maladies professionnelles chez les salariés qui présentent une hypoacousie.

Avec l'âge, de façon progressive, l'on voit apparaître une diminution des performances auditives, c'est la raison pour laquelle le diagnostic impose à la fois l'étude des performances auditives en conduction aérienne, et bien sûr en conduction osseuse.

Parmi les agents ototoxiques extra-professionnels :

Les antibiotiques, les diurétiques, les salicylates et anti-tumoraux mais aussi d'autres substances qui agissent sur le seuil de l'audition, le tabac et les psychotropes augmentent le seuil auditif alors que l'alcool, les solvants, l'aspirine, les contraceptifs abaissent le seuil auditif. Et donc, se posera un problème, afin de relativiser en quelque sorte les performances qui auront été obtenues lors de la surveillance audiométrique régulière.

Les risques engendrés par les expositions sonores :

On peut les classer en deux grandes catégories :

- **Les effets auditifs**

L'oreille n'est pas un système métrologique, mais un système d'information. Chaque bruit est porteur d'un message qui doit être décodé dans le contexte où il a été émis.

- **Les effets extra-auditifs**

Le bruit n'est ni plus ni moins qu'une vibration mécanique. Cette vibration mécanique en fonction de sa fréquence peut être perçue par l'organisme par divers récepteurs :

- Les muscles,
- Les viscères,
- les os,
- la peau,
- les yeux, l'appareil auditif.

En ce qui concerne les os, la preuve en est que l'on a la nécessité d'étudier la conduction osseuse en plus de la conduction aérienne. Ceci renvoi aussi à la problématique du choix des protecteurs individuels, notamment lorsque l'on fait appel aux arceaux de sécurité qui peuvent entraîner une propagation du bruit par conduction osseuse, lorsque l'arceau n'est pas bien fixé sur la table externe de l'os.

Description de l'oreille :

L'énergie acoustique vient s'engouffrer dans le conduit auditif externe, c'est une vibration aérienne. Cette vibration aérienne fait vibrer le tympan qui entraîne avec lui le marteau qui vient frapper sur l'enclume et se transforme en énergie mécanique. Cette énergie mécanique est transmise à l'oreille interne, organe noble de l'audition, mais aussi l'organe de l'équilibration. Cela va provoquer une excitation ; cette excitation sous la forme d'une différence de potentiel va être repris par le nerf auditif et va être retransmis à l'aire cérébrale postérieure auditive, et va permettre par un décodage de donner un sens à cette variation de pression aérienne.

Il s'agit simplement d'un phénomène vibratoire : il y a une onde qui est propagée ; cette onde va stimuler les cellules ciliées qui ont une sensibilité spécifique aux différentes fréquences, et du fait de la topographie de l'implantation de ces cellules, on va s'apercevoir que les premières cellules qui vont être touchées sont celles qui sont sensibles aux hautes fréquences, et puis ensuite progressivement vers les basses fréquences.

Les stéréocils qui sont stimulés par cette vibration aérienne sont aussi stimulés par les ototoxiques et donc par conséquent il peut y avoir soit destruction mécanique par un effet blast, soit une destruction mécanique par un effet trombone, c'est-à-dire que c'est l'excitation successive et progressive de la déformation du cil qui va provoquer sa rupture et bien sûr cela est irréversible.

Indépendamment des stéréocils, le dernier point sur lequel il faut insister ce sont les voies auditives. Effectivement l'information est transmise au cerveau et donc il y a une voie auditive primaire. Il faut savoir que cette voie auditive primaire est reliée au centre de motivation et d'éveil ainsi qu'aux centres de la vie végétative. C'est là que l'on peut faire apparaître les éléments qui permettent de caractériser le bruit comme un phénomène de stress qui va influencer sur l'éveil, la motivation et sur le comportement, avec ses variations neuro-végétatives que l'on peut observer, et qui vont caractériser les effets non-auditifs.

En ce qui concerne les effets auditifs, il y a :

- **Les effets traumatiques** qui sont liés au niveau crête le plus souvent puisqu'il y a une hyperpression au niveau de l'oreille qui peut provoquer
 - Lésion du tympan,
 - Luxation des osselets,
 - Lésion du stapédius,
 - Destruction de l'oreille interne,
 - Surdité de transmission et de perception.

Par ailleurs, indépendamment de ces effets traumatiques, il y a des effets-doses dès que le bruit se comporte comme un toxique et va provoquer une surdité professionnelle avec des lésions irréversibles de la cochlée, le seul traitement que l'on puisse proposer ensuite est éventuellement un implant cochléaire.

N'oubliez pas parallèlement, qu'indépendamment de la surdité qui constitue un handicap social, on peut avoir une gêne associée qui est liée à l'apparition d'acouphènes, c'est-à-dire de sifflements, de bourdonnements dans les oreilles qui constituent la plupart des doléances exprimées par les salariés. Ceci relève d'une excitotoxicité au glutamate, le neurotransmetteur qui assure normalement la transmission de l'information sonore, qui peut reconnaître non seulement les phénomènes d'exposition au bruit, mais surtout apparaît être l'apanage comme l'exposition combinée au bruit et aux ototoxiques.

- **La surdité professionnelle** : je n'insisterai pas dessus, cela reprend les éléments qui viennent d'être exposés. Ils permettent de comprendre les modalités de diagnostic et de reconnaissance d'imputabilité au travail. Je rappelle simplement que la MP N° 42 (la

surdité professionnelle) occupe le 5^{ème} rang des maladies professionnelles, mais c'est en progression croissante et le coût moyen national d'une maladie professionnelle 42 est de 100 000 à/an pour l'entreprise en termes de rente, sans tenir compte du coût de l'arrêt de travail, les problèmes de remplacement du personnel qu'il peut y avoir ensuite.

Les effets extra-auditifs directs :

L'oreille est aussi l'organe de l'équilibrage ; les expositions au bruit peuvent provoquer l'excitation des organes de l'équilibrage pouvant se traduire par :

- l'apparition de sensations vertigineuses,
- de vertiges vrais,
- de nausées,
- de troubles de l'équilibre avec un risque de chute.

Mais de ce fait, il y a un élément qui doit être pris en considération, c'est que l'on a besoin d'une excitation minimale et ceci va se retrouver dans la préoccupation du choix d'équipements de protecteurs individuels, c'est-à-dire que sous le protecteur individuel si l'on doit obtenir 87 dB (A) en terme d'équivalent dose sur 8 heures et 40 heures/semaine et 140 dB (C) en terme de niveau de crête, il faut savoir que sous protecteur le niveau de bruit résiduel doit être d'au moins 75 dB simplement pour avoir la possibilité d'avoir une excitation de l'appareil labyrinthique qui permettra le maintien de l'équilibre et la localisation spatiale.

Il y a des effets du bruit en tant que facteur de stress neurotrope :

- troubles neurovégétatifs, cardiovasculaires,
- troubles respiratoires,
- troubles digestifs,
- troubles visuels,
- troubles endocriniens,
- une fatigue, des troubles du sommeil
- des modifications ou des troubles du comportement, qui sont à l'origine des doléances de la plupart des salariés exposés.

Autres effets extra-auditifs indirects :

- G ne à l'activité, inconfort nuisance
- Fatigue (nervosité, baisse de la vigilance, de l'attention, de l'efficacité, et donc du rendement, risque supplémentaire d'accident)
- Les manifestations occasionnées par le bruit dépendent des caractéristiques de l'opérateur qui ont déjà été précitées

La démarche d'évaluation d'une ambiance sonore :

Elle a été normalisée par la norme AFNOR NFS 31084 qui a la même appellation que celle qui précédait parue dans le décret du 21 avril 1988, elle a été reprise par le code du travail et relève essentiellement et uniquement maintenant de l'exposim trie.

Par contre, l'appréciation du risque sonore nécessite de réaliser une analyse spectrale comme on l'a vu, c'est-à-dire de tenir compte des différentes fréquences et ceci ne peut-être fait que par une postographie avec une analyse spectrale. Or, cette postographie n'est absolument pas codifiée. C'est l'élément fondamental de critère de choix des protecteurs individuels et donc de l'appréciation du risque de traumatisme sonore.

L'exposim trie a pour objectif de mesurer le niveau de bruit subi par l'opérateur tout au long de sa journée de travail.

En tenant compte :

- de la variabilité de l'émission sonore due au flux de production,

- de la variabilité due à la position de l'opérateur dans le champ sonore et de sa mobilité dans l'espace, de la survenue prévisible ou non d'évènements sonores qui ont été préalablement indiqués,

Tous ces résultats doivent prendre en compte tous les paramètres qui peuvent éventuellement dénaturer une exposition sonore liée à l'activité du sujet, en tenant compte notamment des activités qui se font autour de son poste de travail.

« Les résultats des mesurages doivent être validés avant d'être comparés aux valeurs réglementaires. ».

Au cours de la métrologie on relève un niveau de pression acoustique continu pour la durée de mesurage ; on extrapole pour connaître le niveau d'exposition sonore quotidienne en dBA que l'on ramène à 8 heures par jour ou 40 heures par semaines et dont ensuite on va se servir pour déterminer le niveau de risque à moyen terme, c'est-à-dire dans un délai moyen de trois ans. Et puis, parallèlement à ce niveau moyen, on relève les niveaux maximaux de pression acoustique pour savoir si l'intéressé n'est pas exposé à des traumatismes susceptibles de provoquer un effet lésionnel sur la cochlée.

La prévention :

Elle repose sur trois éléments :

- La Prévention Technique :
 - obligations par voie réglementaire des fabricants de réduire le bruit à la source
 - obligations pour les maîtres d'ouvrage d'insonoriser les locaux
 - obligations pour les chefs d'établissements de :
 - ↳ Réduire le bruit dans les locaux
 - ↳ Estimer les risques
 - ↳ Mesurer les risques.

C'est-à-dire que au-delà de l'identification du danger, au-delà de l'estimation de l'appréciation du risque, il faut évaluer le risque, ce qui passe par la mesure et le rôle du médecin du travail sera l'évaluation du risque, non pas collectif, mais du risque individuel, en prenant les paramètres spécifiques de l'individu et les paramètres spécifiques des activités, notamment les facteurs de co-exposition qui ont été précités.

- La prévention organisationnelle passe par :
 - La diminution de la durée d'exposition par rapport à la notion d'effet dose
 - La diminution du nombre de personnes exposées
 - L'éloignement par rapport à la source (problème du walkman)

Comme la prévention ne suffit pas, se pose également la protection des salariés exposés d'où le choix des Protecteurs Individuels Contre le Bruit (P. I. C. B.)

- Les Protecteurs Individuels Contre le Bruit

C'est une obligation faite aux employeurs de mettre à disposition des travailleurs des PICB si le niveau d'exposition sonore continue sur 8 heures par jour ou 40 heures par semaine atteignait 80dB(A) sans dépasser 85 dB(A) et si le niveau de crête atteignait 135 dB(C) sans dépasser 137 dB(C).

L'on met à disposition des protecteurs, mais l'on autorise sous ces protecteurs des doses de bruit qui sont supérieures au niveau de danger, et l'on ne précise pas certaines caractéristiques de ces protecteurs.

Ce sont généralement les constructeurs qui donnent les caractéristiques de ces protecteurs. Leur efficacité est déterminée par l'analyse spectrale du bruit, et le mesurage de l'atténuation qu'ils permettent d'obtenir contre le bruit par bande de fréquences (octave ou tiers d'octave) est décrit dans la norme NF EN 457.

Alors que l'expositionnisme n'est pas prévue par la norme, elle s'impose pour l'appréciation du risque réel subi par le salarié et de la même façon cette protection effective ne le devient que lorsque les protecteurs sont portés à 100 % du temps d'exposition, c'est-à-dire mis en place avant d'entrer dans l'atelier et retirés à la sortie de l'atelier. Par exemple, si l'on prend un protecteur d'excellente qualité parce qu'il permet lorsqu'il est porté 8 heures par jour d'obtenir une diminution du niveau sonore de 30 dB, s'il est porté 50 % du temps d'activité le gain obtenu n'est plus que de 3dB.

Le dernier point par rapport à ces protecteurs qui pose un problème dans le cadre de son choix c'est l'application de la norme NF EN 457. Je vous rappelle que sous le protecteur l'on doit être capable de pouvoir percevoir les signaux d'alarme. Sans vouloir faire de publicité, actuellement il existe un nouveau protecteur actif conçu par la maison 3 M qui coupe le bruit dès lors que le niveau dépasse 82 Db. Cela coupe les afférences que l'oreille **subi** ; cela permet la perception des signaux d'alarme parce qu'ils présentent une dynamique de réponse qui est très appropriée.

La conclusion est relativement simple, il existe :

- des mesures à mettre œuvre pour tous les travailleurs exposés :
 - ↳ vérifier les conditions d'affectation à un poste exposant au bruit (c'est chercher des facteurs de susceptibilité individuelle et aussi rechercher une atteinte auditive préalable), tenir compte de l'âge et de la presbycusie
 - ↳ surveillance médicale adaptée des travailleurs exposés
 - ↳ Informer quant aux résultats médicaux, notamment quant à la difficulté qu'il va y avoir de faire reconnaître une maladie professionnelle sur un simple examen audiométrique qui a été fait en médecine du travail. Ce qui peut malheureusement aboutir à une sinistrose quand il y a rejet soit administratif, soit médical.
- des mesures complémentaires à mettre en œuvre lorsque l'exposition sonore quotidienne dépasse les niveaux de danger :
 - ↳ Renforcement du contrôle médical
 - ↳ Formation et information des travailleurs
 - ↳ Mise à disposition d'équipements de protection individuelle avec ceci de particulier qu'il faut aller au-delà de la norme, et individualiser le choix des protecteurs au niveau des performances auditives de chacun.
- des mesures mises en œuvre lorsque les niveaux d'exposition dépassent les cotes de danger, à savoir :
 - ↳ Renforcement de la surveillance médicale
 - ↳ Port des protecteurs individuels obligatoire
 - ↳ Mise en œuvre par l'employeur de mesures de prévention technique collective
 - ↳ Mise en place d'une signalisation appropriée.

En conclusion, tout ceci justifie la prévention, celle-ci est indispensable puisque le bruit provoque potentiellement des effets irréversibles sur la santé.

Je vous remercie de votre attention.

Questions dans la salle

☞ Du Docteur Brigitte RENARD

“ A propos du tableau 42 des maladies professionnelles du régime général : Il n'y a pas de notion de facteur de susceptibilité individuelle. Cela pourrait-il être une cause de rejet d'une demande de reconnaissance en référence à cette notion ? ”

Il peut y avoir rejet par le médecin conseil s'il apparaît que la surdité est une surdité de transmission. D'où l'intérêt de remonter dans l'histoire de la pathologie du sujet.

TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE

Docteur Thierry HAMONIC, Médecine du Travail de Saône et Loire.

➡ Les définitions

Qu'est-ce-que la Santé ? L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît comme un état complet de bien-être physique, mental, social, ne consistant pas simplement en une absence de maladie ou d'une infirmité.

Trois remarques au préalable :

- La notion de bien-être dépasse le champ traditionnel de la médecine.
- La notion d'état est observée soit sur une longue durée, soit à l'instant présent
- La troisième est que la présence d'infirmités ou de maladies compensées ou même de maladies stabilisées ne vont pas à l'encontre du sentiment de bien-être.

Un état de santé d'un individu résulte de son histoire, de ses interactions avec son environnement physique et social, ce qui explique les différences de morbidité et de longévité selon les catégories socio-économiques. Et, Monsieur Humbert en a parlé, il faut savoir qu'il y a toujours un différentiel d'environ 7 ans, alors que l'âge avance, entre les ouvriers et les cadres supérieurs ou professions libérales. Enfin c'est un état jamais stabilisé.

Le travail a des répercussions positives (piment de la vie) ou négatives sur la santé.

C'est un déterminant important de la santé physique et mentale :

- Il forge une identité,
- Permet des relations sociales,
- Bénéficie de rétributions financières,
- Représente un but,
- Donne un sens à la vie.

Normalement le travail devrait être un enjeu de plaisir, d'accomplissement et d'identité. Lorsque ces conditions sont réunies le travail devient alors un puissant opérateur de santé. Mais ceci n'est possible que si les exigences professionnelles sont optimales avec un degré d'autonomie normal, ce qui renvoie à deux extrêmes : l'extrême inférieur, il s'agit d'un travail sur ligne, modernité pour dire qu'autrefois c'était un travail sur chaîne où il est dépendant à la fois de ce qui est en amont et de ce qui est en aval. Et puis, l'on peut avoir des autonomies exagérées, puisque de plus en plus on demande à un opérateur à la fois de réaliser son activité, et en même temps de contrôler cette activité, ce qui n'existait pas il y a une vingtaine d'années.

Enfin, il ne faut pas trop noircir le tableau, puisque 80 % des salariés se disent heureux au travail, quelles que soient les enquêtes d'opinion publique ; tout en sachant qu'il faut apporter un bémol puisque c'est l'avis de 90 % des professions libérales ou cadres supérieurs, et ce n'est plus que 60 à 70 % pour les ouvriers ou employés.

Les conditions nécessaires pour qu'un environnement psychosocial du travail soit satisfaisant (tirées d'un travail de B. GARDELL 1981, psychosociologue) :

« Le travail doit être conçu »

de façon à ce que chacun puisse en influencer la situation, les méthodes, et la vitesse d'exécution, de façon à ce que chacun ait une vue d'ensemble et une compréhension des différentes opérations, que chacun ait la possibilité d'utiliser et développer la totalité de ses ressources, pour permettre les contacts humains, notion sociale du travail, notion de coopération, pour donner à chacun le temps nécessaire pour réaliser ses tâches, mais en même temps ses obligations extérieures, familiales, sociales ou engagement politique etc. On touche là à la notion du collectif.

Les risques psychosociaux

Difficultés de terminologie : stress, violence, burn-out, de facteurs organisationnels, de santé mentale, de mal être...

Le stress

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité de Bilbao le définit de la façon suivante :

« Le stress survient lorsque existe un déséquilibre entre la perception des contraintes imposées par l'environnement et la perception des ressources de la personne pour y faire face. »

On est bien dans cette dialectique habituelle de l'ergonomie entre contrainte et astreinte.

Il s'agit bien d'un processus d'origine psychologique mais les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychique. Il va toucher la sphère physique, le bien-être et aussi la productivité. On peut le schématiser de la manière suivante, c'est bien l'interface entre ce qui se passe entre l'homme et l'entreprise.

Le mal-être

Il s'apparente un peu à la notion de stress, c'est un mal être à vivre ensemble souvent lié aux dégradations des relations dans le travail, aux difficultés de faire face à des situations d'instabilité sociale.

La notion de souffrance au travail

C'est une forme aggravée du stress ou du mal être. C'est une dépression réactionnelle qui est liée aux contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise. Ceci s'observe souvent dans les entreprises en contact avec la clientèle ou le public, c'est d'actualité, pour les personnes qui sont soumises à des risques d'incidents, d'agressions verbales ou physiques.

Syndrome d'usure ou d'épuisement professionnel « burn-out »

Parmi les professions d'aide (tels que infirmiers, médecins, enseignants, travailleurs sociaux etc...) on peut à un certain moment être soumis à ce sentiment d'épuisement professionnel. Epuisement des ressources physiques et mentales avec des sensations négatives au travail, avec perte d'intérêt dans ce qu'on réalise. La spécificité par rapport au stress professionnel c'est cette notion d'engagement intense dans une relation professionnelle de soutien et d'aide aux personnes, mise en jeu de l'identité professionnelle.

Le burn-out est composé de trois dimensions :

- Sentiment d'épuisement professionnel
- Tendance à la déshumanisation de la relation
- Une diminution de l'accomplissement personnel.

A mesure que l'épuisement augmente, réduction progressive des activités et des centres d'intérêts personnels, limitation à son travail qui ne devient plus une source de satisfaction et d'épanouissement.

Contraintes de travail

(situations stressantes, agents stressants)

- Contraintes ponctuelles ou durables
- Contraintes subies ou choisies. Certaines professions qui effectivement soumettent les salariés à des situations de stress (corps médical, le personnel du SAMU, les pompiers, les gens d'astreintes industrielles)
- Contraintes uniques ou multiples
- Antagonisme des contraintes.

On peut utiliser le modèle de KARASEK pour analyser les déséquilibres entre les exigences de forte productivité et une faible marge de manœuvre qui peut recréer du stress se traduisant par des maladies cardio vasculaires, des troubles musculo-squelettiques, des troubles anxio-dépressifs).

On peut utiliser un autre modèle de SIEGRIST qui donne un peu la même tonalité.

Le stress

Il faut retenir que :

- Les mêmes causes n'ont pas toujours les mêmes effets
- Un même effet peut être provoqué par des causes différentes
- Les mêmes causes n'ont plus toujours les mêmes effets.
- Une petite cause peut avoir de grands effets dans la sphère psychique. Un incident mineur peut avoir des dégradations. (non linéarité).

Les conséquences ou effets du stress chronique sur la santé et sur la productivité

Manifestations :

- Des réactions émotionnelles : anxiété, dépression, agitation, sensibilité exagérée etc...
- Des troubles psychosomatiques
- Des réactions cognitives : diminution de la concentration, troubles de la mémoire
- Des réactions comportementales, conduites addictives, médicaments, prise de risques au travail, conduite automobile, suicides qui ont lieu soit sur le lieu de travail, soit à l'extérieur.
- Réactions physiologiques, dysfonctionnement neuroendocrinien qui vont être source de troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle, diabète, déficience immunologique (diminution de la résistance aux infections, maladies de type immuno-allergiques : asthme ou eczéma).

Evolution Phases 1,2, et 3

Phase 1 c'est la phase d'alerte.

Lorsque le salarié prend conscience du déséquilibre de ses contraintes et ressources, il va y avoir un sentiment de mal-être, parfois ressenti par l'entourage, difficilement verbalisable en première intention. Il y a un sentiment d'incapacité, d'impuissance à faire face à cette phase là.

Phase 2

Ce sont des tentatives de stratégies d'adaptation, variables selon les moments, selon les individus, et on pourra avoir des adaptations émotionnelles sous forme de colère, de tentatives d'évitements : arrêts maladies, changements de poste quand ça devient un peu chronique. Et puis, une stratégie d'adaptation positive qui est une recherche de relation avec les autres, recherche auprès du collectif de modifier son mode de travail. Ceci nécessite, bien entendu, un engagement de prévention de l'entreprise, une certaine écoute.

Si rien n'est fait l'on passe à la phase 3.

Phase 3

Symptôme de décompensation décrit précédemment. On tombe dans le cadre de la maladie.

Quels sont les sujets à risque ?

Toute personne peut à un moment ou à un autre connaître son point de rupture.

Il y a des sujets plus exposés que d'autres :

- Mécanismes de défense psychique insuffisants
- Conditions socio-économiques défavorisées
- Absence de soutien social, isolement familial
- Age (jeunes, travailleurs seniors)
- Femmes avec charges de travail complémentaire à domicile (mères célibataires)
- Handicaps associés (un handicapé a deux fois moins de chance de trouver du travail)

Situation actuelle

Les troubles psychiques sont de plus en plus fréquents, et l'on peut dire que 2 à 3 travailleurs sur 10 souffrent de dépression, anxiété, à un moment ou à un autre au cours de la carrière professionnelle.

Une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) réalisée en 2004 montre que 20 % des assurés en arrêt de deux à quatre mois disaient connaître un conflit dans leur travail et ceci d'autant plus important que l'arrêt est plus long.

Le laboratoire d'Economie et gestion de l'Université de Bourgogne a publié en 2000 une étude qui montrait que le coût du stress atteignait 10 à 20 % des dépenses de la branche AT/MP. Le coût médical a été estimé à 400 millions d'euros en 2000.

Aux Etats-Unis et dans l'Union Européenne, les troubles psychiques, notamment ceux liés au travail représentent 3 à 4 % du PIB. L'Union Européenne a estimé que le coût du stress au travail représente 20 milliards d'euros/an. Le stress est responsable dans l'Union Européenne de 5 % des consultations médicales, de nombreux départs anticipés à la retraite. Pour pouvoir travailler jusqu'à 65 ans il faut lutter contre le stress.

En 2000, l'enquête du Comité Consultatif de l'Union Européenne pour la santé et la sécurité montre que :

- 56 % des salariés travaillaient sous des rythmes très élevés
- 35 % avaient l'impossibilité d'influer sur l'ordre d'exécution de leurs tâches
- 40 % avaient une activité monotone
- 50 % des tâches répétitives.

En 2001, l'enquête de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (DUBLIN) montrait un certain nombre de problèmes d'ordre physique (céphalées, dorsalgies douleurs du cou et des épaules) et, 28 % exprimaient du stress.

➡ L'Origine

Il y a deux catégories de risques :

Des risques physiques, à partir du moment où l'on est en contact avec des éléments biologiques, biomécaniques. L'exposition aux risques physiques peut entraîner de l'angoisse pouvant générer du stress.

Des risques psychosociaux : il y a une inadéquation entre le désir de l'homme et ce que le travail peut lui apporter. C'est une confrontation entre les valeurs personnelles de l'individu et celles rencontrées au sein de l'entreprise.

Multiples facteurs

- ✓ Situations macroéconomiques responsables de l'insécurité de l'emploi, les concurrences nationales et internationales
 - ✓ Dans le cadre de l'organisation du travail et/ou de la gestion des ressources humaines
 - Absence de description de poste précise
 - Absence de reconnaissance symbolique ou de reconnaissance réelle qui est la rétribution financière d'un travail bien fait
 - Temps insuffisant pour réaliser son travail
 - Impossibilité d'exprimer des doléances
 - Nombreuses responsabilités avec un pouvoir décisionnel faible
 - Exploitation limitée de ses aptitudes professionnelles
 - Charge de travail excessive ou insuffisante
 - Incompatibilité des horaires de travail avec la vie sociale et familiale (travail posté, horaires atypiques).
 - ✓ Qualité des relations de travail :
 - L'absence de coopération ou de soutien de la hiérarchie, des collègues, des subordonnés.
 - L'insuffisance de la communication
 - L'exposition aux préjugés (âge, sexe etc...)
 - Aucune fierté du produit réalisé ou du service donné.
 - ✓ Les évolutions sociologiques
- C'est d'actualité : on sait ce qui se passe dans les couronnes des grandes villes
- Exposition à la violence physique, verbale de la clientèle qui devient de plus en plus exigeante
 - Utilisation croissante des techniques de communication
 - Eloignement des domiciles, temps de trajets rallongés, coûts des déplacements, monoparentalité, perte de repères et valeurs...

- ✓ L'environnement matériel
 - Conditions de travail physiques dangereuses.
- ✓ L'évolution des modes de travail
 - Télétravail et utilisation importante de l'information et de la communication, « courrielophagie ».
 - Travail autogéré, travail en équipe, rémunération selon les résultats collectifs/travail de l'équipe
 - Le développement des activités de service

➡ La Prévention

Textes/Documents

Elle s'appuiera sur la loi « dite » de modernisation sociale du 17.01.2002 du code du travail.

Document unique d'évaluation des risques professionnels Article R.230-1 CT

Il existe une norme européenne (EN ISO 10075-1 et 2) : principes ergonomiques concernant la charge de travail mentale.

Les différents niveaux de prévention

- La prévention primaire, à la source
- La prévention secondaire, limitation des conséquences du stress sur la santé
- La prévention tertiaire, c'est la prise en charge médico-psychologique des salariés qui souffrent du stress par la mise en place (écoute, orientation vers des psychothérapeutes, débriefing).

Outils de prévention

Approche individuelle et approche collective peuvent être complémentaires.

L'approche individuelle :

Il existe des programmes de gestion du stress destinés à des professionnels exposés (soignants, urgentistes, travailleurs sociaux). Ce sont divers exercices de relaxation, de thérapies cognitives où l'on apprend au sujet à relativiser son incapacité à faire face à la situation.

Ils ont des effets à court terme, pour un public précis, faciles à mettre en œuvre, mais dans ce domaine, la prudence est recommandée dans le choix de certaines techniques d'adaptation au stress.

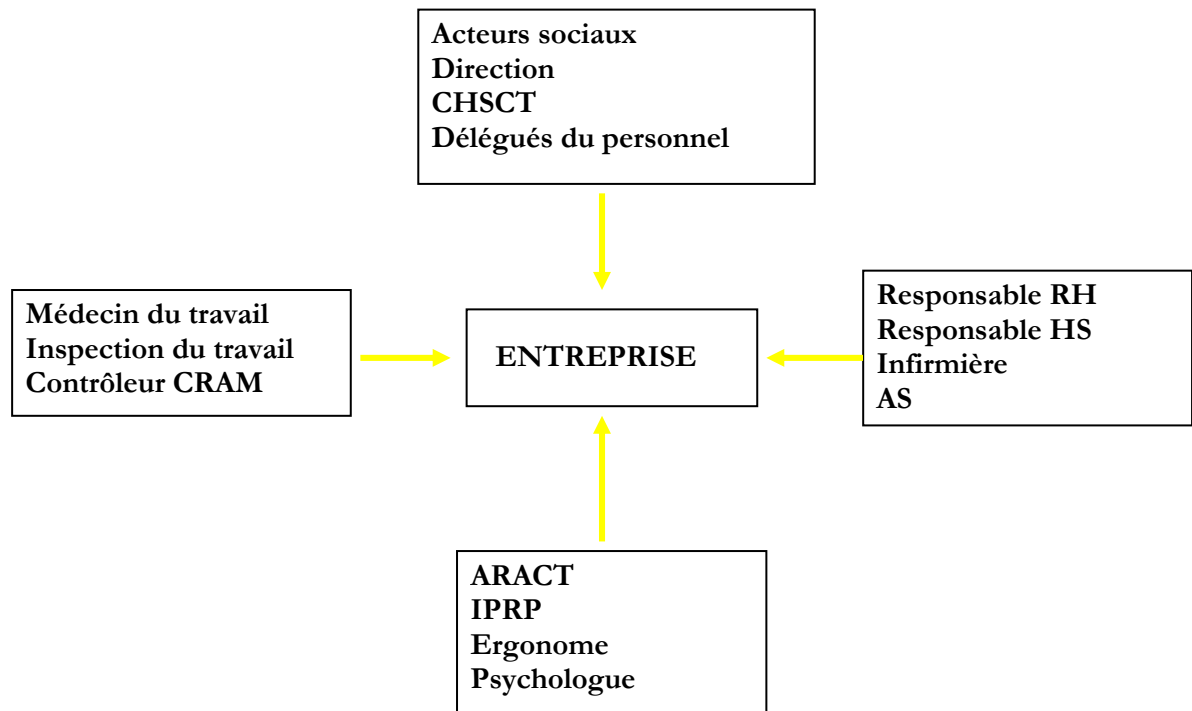
Nécessité d'une approche de prévention collective et participative de l'organisation du travail pour être efficace à long terme

Il faut identifier :

- Ce qui fait réellement problème dans l'environnement de travail
- Quelle perception ont les salariés de leur environnement de travail ?

Les conditions indispensables pour engager une démarche de prévention

Ce sont tous les acteurs qui doivent s'associer pour intervenir au sein de l'entreprise.



¹ Sigles

⁽¹⁾ CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité des travailleurs
RH : Ressources Humaines
HS : Hygiène et Sécurité
AS : Assistante Sociale
Contrôleur CRAM : Caisse Régionale de l'Assurance Maladie
ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
IPRP : Intervenants en Prévention des Risques Professionnels.

Il faut :

- ✓ Une volonté managériale, un engagement de la direction, des ressources humaines, des délégués du personnel, du CHSCT.
- ✓ L'implication des salariés à la démarche de prévention
- ✓ Constituer un groupe de pilotage représentatif
- ✓ S'appuyer sur les compétences internes ou externes (CRAM, ARACT, psychologues, divers consultants)
- ✓ Donner une information éclairée de tous les niveaux hiérarchiques
- ✓ Une certaine culture de prévention en santé et de sécurité au travail au sein de l'entreprise
- ✓ L'adhésion de tous à la démarche diagnostique, restitution des résultats sans tabous
- ✓ L'acceptation de la direction de l'entreprise de voir remis en cause le cadre de l'organisation

Elaboration d'un plan d'actions, conduit par le groupe de pilotage

Evaluation des résultats à court et moyen terme sur :

- Les expositions aux facteurs de stress
- La fréquence des problèmes de santé.

La mise en œuvre des mesures n'est pas toujours, ni très coûteuse en temps et financièrement, ni compliquée

Diagnostiquer pour ensuite ne pas traiter et prévenir est vain et stérile

Eviter les études sophistiquées sur le stress.

- Rôle du médecin traitant

Mais aussi celui de l'infirmière, de l'équipe de santé au travail :

Développer un savoir faire comportant des techniques d'écoute active

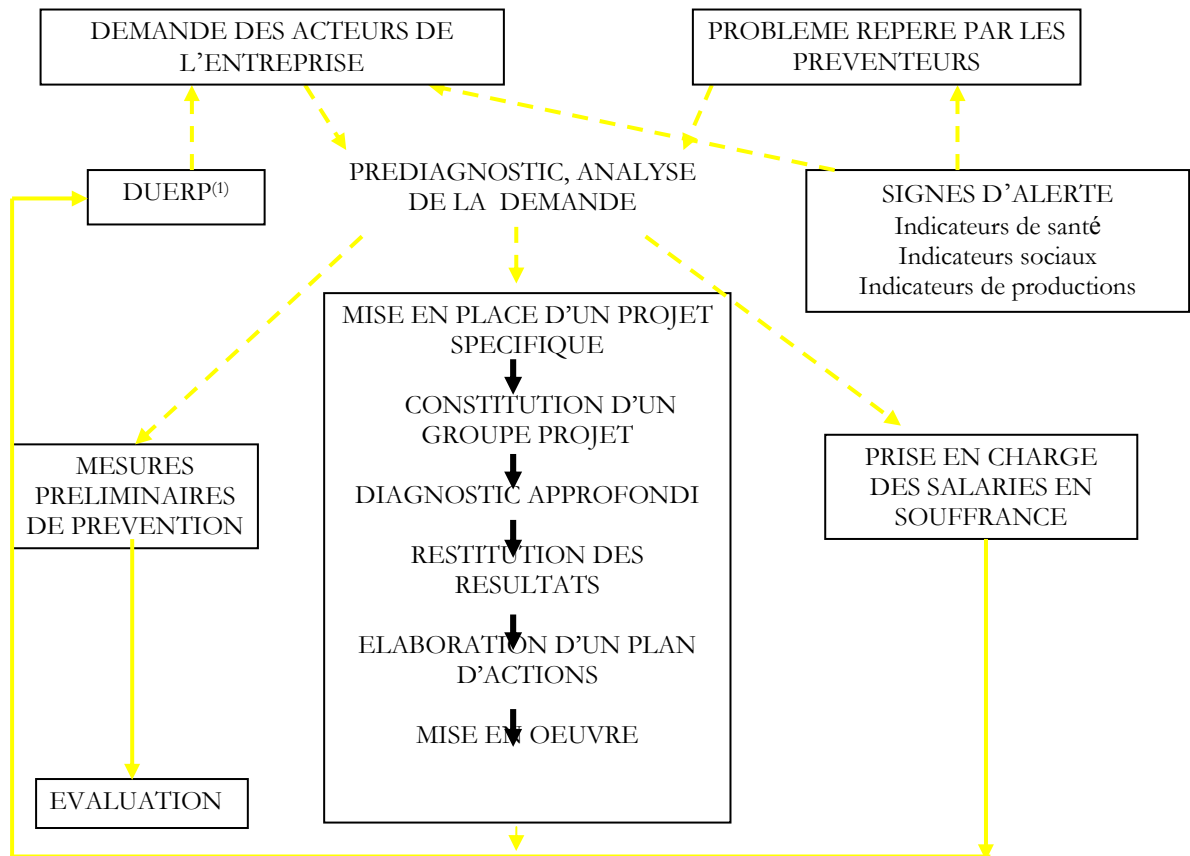
Offrir un espace-temps suffisant au patient-salarié pour qu'il puisse exprimer son mal- être

Décrypter la souffrance, qui n'est pas toujours formulée explicitement, apprendre à décoder.

Utilisation de questionnaires de santé libres et anonymes sur la santé perçue par le salarié lui-même, son impression de bien-être, (**Karasek, Siegrist**)

Participation enquêtes (métiers, branches professionnelles)

* Les différentes étapes d'une démarche diagnostique



(1) DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

Mise à disposition de sites intéressants :

Centers for Disease Control and Prevention www.cdc.gov

Organisation Internationale du Travail www.ilo.org/public

INRS www.inrs.fr

ANACT www.anact.fr

Association française de normalisation www.afnor.fr

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail www.osha.europa.eu

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
www.eurofound.ie

Questions dans la salle.

☞ Docteur Isabelle MILLOT

« Yy-a-t-il une prise de conscience des risques de santé mentale par les chefs d'entreprise ? »

Il commence à y avoir une prise de conscience surtout dans les grandes entreprises mais pas encore dans les petites entreprises. En tous cas cela doit être une préoccupation.

LES RISQUES ROUTIERS AU TRAVAIL

Monsieur Patrick FERRY, Caisse Régionale d'Assurance Maladie

Si ce thème avait été abordé auprès des chefs d'entreprise il y a une dizaine d'années, ceux-ci ne se seraient pas sentis concernés. De même dans le service prévention de la CRAM, ce thème n'était pas d'actualité.

Le risque routier est devenu aujourd'hui l'un des quatre thèmes prioritaires de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui a défini au sein des services de la CRAM quatre axes prioritaires en 2003 pour la prévention des risques professionnels.

Un partenariat a été noué avec la délégation interministérielle à la sécurité routière, et dans chaque CRAM il y a un correspondant risque routier qui est chargé de mission sécurité routière auprès de la délégation interministérielle.

Quelques définitions...

Qu'est-ce qu'un accident routier du travail ou un accident de mission ?

C'est un accident de circulation dont est victime un salarié dans le cadre d'un déplacement professionnel. **"Conduire est un acte de travail"**

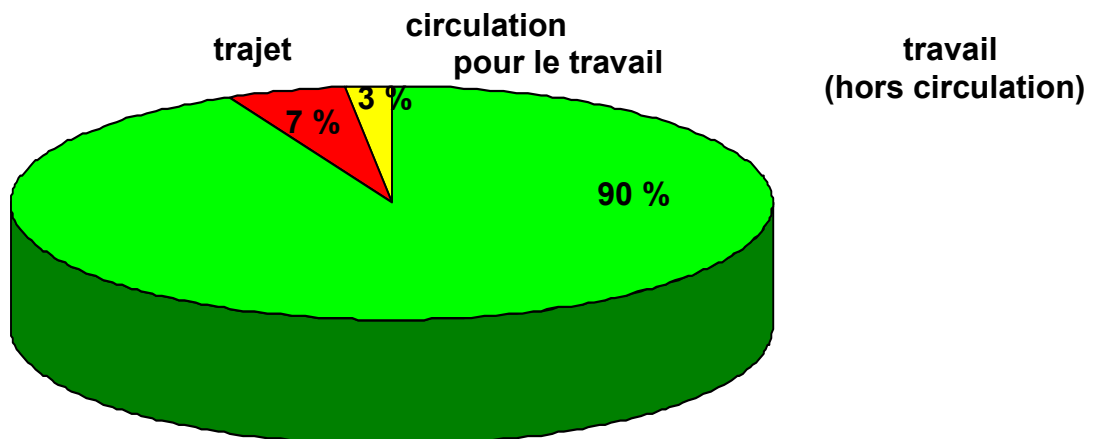
L'accident de trajet :

Est considéré comme accident de trajet l'accident survenu au salarié pendant le trajet aller ou retour : entre le domicile et le lieu de travail, entre le lieu de travail et le lieu de repas habituel.

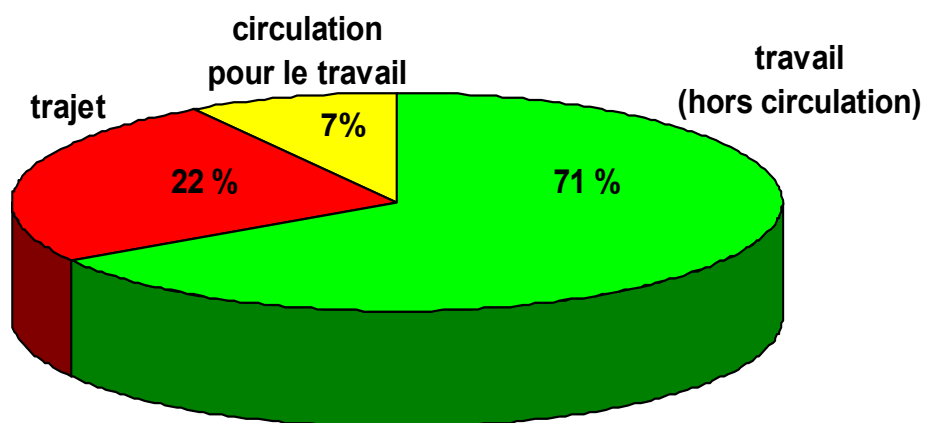
Statistiques nationales 2005

Il y a peu de différence par rapport à l'année 2004.

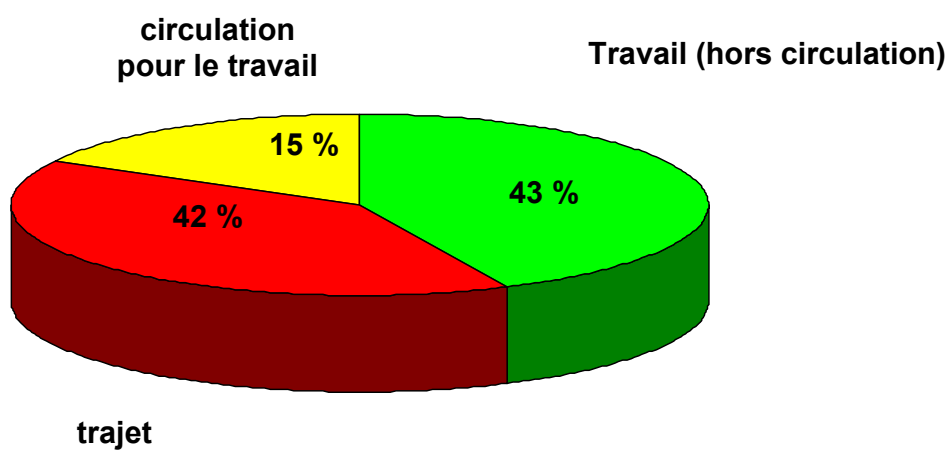
Accidents avec arrêt
Total : 782 000 (+1,5%)



Somme des taux d'incapacité permanente
Représente la gravité des accidents



Décès
total : 914 (-10%)



Si l'on parle des accidents mortels, les accidents liés à la route (57 %) représentent plus de la moitié des accidents mortels.

En 2005, on recense 914 décès par accidents du travail dont : 523 sont des accidents de circulation qui se répartissent :

- 134 en mission ou en entreprise
- 389 en trajet.

Par rapport à ces chiffres l'on peut faire une remarque, il ne s'agit que des chiffres de la CNAM qui porte sur les travailleurs des entreprises du régime général.

A cela, il faudrait ajouter les chiffres provenant des régimes agricoles, les fonctionnaires, les fonctionnaires territoriaux et également les régimes spéciaux. Il semble que l'on arriverait approximativement au double des chiffres ci-dessus.

Actuellement, il n'existe pas de moyen de regrouper les statistiques des différents régimes.

En 2005, il y a eu 5000 morts sur la route, 20 % de ces décès sont survenus dans le cadre du travail.

En 2003, la CNAM a décidé de s'engager dans la prévention du risque routier.

Un code des bonnes pratiques a été imaginé qui porte sur quatre thèmes :

- Management des déplacements
- Management des véhicules
- Management des communications
- Management des compétences.

La Prévention

La CNAM ne s'est pas aventurée sur le domaine privilégié des pouvoirs publics qui sont par exemple la lutte contre l'alcoolémie au volant ou autres conduites addictives.

Le lien de subordination qui existe entre le conducteur-salarié et l'employeur, lorsque le salarié conduit un véhicule, n'est pas rompu.

Que ce soit un véhicule personnel ou de l'entreprise, le salarié reste sous la responsabilité de son employeur.

Mais, sur l'espace public, le conducteur-salarié est soumis à l'ensemble des obligations contenues dans le code de la route.

L'employeur doit mettre en œuvre des mesures de prévention pour éviter les risques et le salarié doit les respecter.

Management des déplacements

Ce qui paraît le plus important, c'est l'organisation du travail.

Le premier principe de prévention est de supprimer les risques. Si l'on évite de se déplacer en voiture, on évite le risque d'accident de la route. L'utilisation du train, de la vidéo conférence etc. nombreuses entreprises se sont engagées dans cette voie.

Il faut prévoir les temps de déplacements nécessaires pour arriver à l'heure aux rendez-vous.

Management des véhicules chargement

C'est un domaine où l'entreprise a un rôle à jouer, notamment quand les véhicules appartiennent à l'entreprise.

- problème du chargement des véhicules
- ABS, ESP
- Air-bag conducteur et passager

- Climatisation
- Direction assistée

Exemple : camionnette d'un entrepreneur du bâtiment, il faut prévoir l'amarrage des équipements.

Il faut séparer l'habitacle du volume utilisé pour le transport des matériaux et matériel.

Management des véhicules : aménagements appropriés

- adaptés au déplacement et à la tâche
- aménagés.

Management des véhicules : Equipements de sécurité

Une action particulière auprès des constructeurs a été lancée pour les véhicules hyper légers car ceux-ci sont sous-équipés :

- ABS, ESP (système de rattrapage de la trajectoire)
- Air-bag conducteur et passager
- Climatisation inexistante
- Direction assistée

Pour que les véhicules soient équipés, en série, avec ces options, il faut que les constructeurs automobiles enregistrent 40 % de commande. La CRAM incite donc les employeurs à passer des commandes de véhicules avec les options énumérées ci-dessus.

Management des véhicules : Entretien

On constate que beaucoup de véhicules d'entreprise sont mal entretenus. Cela nécessite un suivi, un carnet d'entretien, une procédure que bien peu d'entreprises mettent en œuvre.

La périodicité des vérifications doit tenir compte des conditions d'utilisation des véhicules.

Le salarié doit vérifier le bon état de marche apparent et alerter l'employeur en cas de problème.

Management des communications

Il est déconseillé de téléphoner au volant même avec un dispositif « mains libres ».

Un certain nombre d'études montre que ce n'est pas tant l'utilisation du téléphone à la main mais plutôt l'attention que l'on porte à la conversation qui va perturber et détourner de l'attention à la conduite.

Management des compétences

La CRAM souhaite que se mettent en place des plans de formation spécifiques pour « grands rouleurs » et de manière générale des conducteurs qui utilisent des véhicules de l'entreprise ou leur propre véhicule pour le travail afin d'améliorer les compétences en matière de conduite en sécurité.

Pour attirer l'attention sur le risque routier en entreprise, la CNAM a retenu le message : « le risque routier, ce n'est pas seulement l'affaire du conducteur, c'est aussi, l'affaire de l'entreprise ».

Questions de la salle

☞ Dr Brigitte RENARD

« La question est proposée au Professeur SMOLIK. Dans les entreprises ayant beaucoup de déplacements, à quel niveau le médecin du travail doit-il intervenir dans la conduite en cas de contre-indication ?

Si la conduite constitue un acte de travail et ne concerne pas les trajets entre le domicile et le lieu de travail, la décision d'aptitude du médecin du travail est guidée par les incompatibilités avec la conduite. Celles-ci sont définies par voie réglementaire, c'est le décret du 28/12/2001.

« Pour la plupart des salariés faisant beaucoup de déplacements, est-ce que le médecin du travail peut aller jusqu'à se permettre de noter « inapte » à la conduite de véhicule ? »

L'on en revient à la problématique générale : il y a un danger pour la conduite, il y a l'appréciation d'un risque, celle du médecin du travail, il y a l'appréciation du risque qui est de la responsabilité de l'employeur.

Juridiquement en tous cas, le poste de travail commence à partir du moment où le salarié entre dans les limites de l'entreprise et se termine à partir du moment où il en sort.

Pour compléter la réponse, il y a un autre élément, c'est que l'appréciation du risque tient à la gravité du dommage et la fréquence avec laquelle l'on risque de voir apparaître ce dommage.

La conduite est un risque comme les autres et l'on n'a pas à se poser la question différemment que l'on se la poserait vis-à-vis d'autres risques.

PRÉVENTION DES ADDICTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL

Dr Frédéric DASSONVILLE, Association de Prévention en Alcoologie et addictologie et Médecine du Travail de Saône et Loire,

Préambule

Alcool, cannabis, psychotropes... :

- 21% de la population consomme du tabac, soit 12 millions
- 15% consomme des boissons alcoolisées quotidiennement soit 9 millions de personnes
- 0,50 % consomment quotidiennement du cannabis, soit 280 000 personnes. Actuellement la courbe est exponentielle, à 17 ans, 6% sont des consommateurs quotidiens chez les garçons et 3 % chez les filles. Ces chiffres ont doublé en 5 ans.

Est-ce que la consommation des substances psychoactives concerne le médecin du travail ?

La réponse est oui. Le danger c'est la substance psycho-active, l'exposition c'est la consommation de la substance, le risque c'est donc l'exposition au danger.

Est-ce un problème sur le lieu de travail ?

En 1995, une étude de Bernard Fontaine qui travaille pour une association de prévention des addictions en milieu de travail du Nord de la France, a montré sur : 2000 échantillons d'urines, que 24 % d'entre eux étaient positifs à divers produits :

- Opiacés 6 %
- Cannabis 5 %
- Alcool 3 %
- Benzodiazépine 4 %

Lorsqu'on se penche sur ce problème, on est confronté à des difficultés de dialogue avec les différents acteurs de l'entreprise (employeurs, salariés, représentants syndicaux, équipes de santé au travail) ; le dialogue aboutit à des interrogations telles que : inefficacité, gêne à en parler, drames, accidents, silence, sentiment de culpabilité, d'impuissance, souffrance, confusion des rôles, désordre, respect des libertés, méconnaissance des produits, déni du problème, respect du secret médical, réglementation.

Expérience personnelle :

- ✓ médecine générale en milieu rural, viticole, 15 ans
- ✓ alcoologie dans un Centre de consultations d'alcoologie ambulatoire à Mâcon, 12 ans
- ✓ formation médicale continue (organisation de séminaires de FMC destinés aux médecins généralistes UNAFORMEC depuis 20 ans)
- ✓ médecine du travail à Paray le Monial, Louhans, Macon, 9 ans.

L'expérience en qualité de participant à plusieurs formations concernant le problème alcool en milieu de travail m'a incité, avec l'aide de l'ANPAA, à organiser un séminaire de formation qui repose avant tout sur un **changement** du savoir être des acteurs de santé au travail. Ce changement nécessite un travail de remise en question de nos propres **représentations**.

Formation à l'évaluation et à la maîtrise du risque alcool en entreprise

La formation se déroule sur 6 jours en 3 modules de deux journées avec un intervalle de 6 mois entre le 2^{ème} et le 3^{ème} module.

Le groupe des participants (15 environ) est constitué de médecins, infirmières, assistantes.

Les intervenants sont des médecins alcoologues ayant des expériences complémentaires, des médecins du travail ayant une expérience de mise en place d'un groupe de prévention dans leur entreprise, une psychologue intervenant en entreprise.

Les méthodes pédagogiques

- Alternance des réunions en plénières et ateliers.
- Travail en atelier sur les représentations
- Atelier de brainstorming
- Jeux de rôles
- Saynètes
- Échanges de pratiques autour de cas réels apportés par les participants
- Témoignages de salariés (alcool et cannabis).

Travail sur les représentations

Chacun d'entre nous a sa propre représentation sur le problème de l'alcool.

Ces représentations sont des obstacles à une action commune et nécessitent une mise à plat afin d'adopter un langage commun et de comprendre les modifications de savoir être nécessaires à une approche plus efficace et plus respectueuse de l'être humain.

Alcoologie de base

- Les produits,
- Les consommations (non usage, usage simple, usage à risque, usage nocif, dépendance)
- L'histoire de la maladie alcoolique,
- Le problème des dénis (du malade, du soignant, de l'employeur, du salarié, des familiers et le déni de la société)
- Le soin (sevrage ambulatoire ou hospitalier, accompagnement psychothérapeutique)
- Le réseau

Définir le rôle de chaque acteur de l'entreprise

Rôle de l'employeur : connaître la réglementation, se donner les moyens de l'appliquer, ne pas se transformer en soignant, communiquer avec l'équipe de santé au travail en respectant le salarié et en établissant une relation de confiance avec les acteurs de santé au travail: (l'employeur analysera chaque situation selon des critères propres au monde du travail: ponctualité, productivité, qualité, ambiance sur le lieu de travail, accidentalité, absentéisme, hygiène).

Rôle du salarié collègue de travail : connaître sa co-responsabilité, savoir dire les choses sans faire de la délation, connaître le ***danger*** et l'***exposition*** à ce danger afin d'évaluer et de

maîtriser ce *risque*. (Exemple: il est indispensable pour un représentant commercial de savoir évaluer son alcoolémie à la fin d'un repas d'affaire avant de reprendre la route).

Rôle du médecin du travail : se donner les moyens d'évaluer l'aptitude au poste, être capable d'évaluer l'exposition au danger, préciser le type de consommation, le degré de dépendance, savoir utiliser l'inaptitude temporaire afin d'orienter le salarié vers les soins en vérifiant et éventuellement en conseillant le médecin traitant, respecter le salarié et le secret médical, connaître le réseau de soins.

Rôle de l'infirmière : préciser les mots du dialogue authentique avec le salarié, mais aussi avec l'employeur, respecter le salarié, respecter le secret médical, connaître la réglementation, évaluer une situation en urgence.

Rôle de l'Assistante : connaître les éléments d'un dialogue respectueux du salarié en difficulté, connaître la réglementation, transmettre des informations en respectant les éléments du secret médical. Il est très comparable à celui de l'infirmière.

Témoignages :

C'est un temps toujours essentiel de la formation. Les salariés qui ont eu un problème d'alcool (ou de cannabis), ont à cœur de nous expliquer ce qui les a conduit à cette dépendance. Ils font part de leur expérience du dialogue qu'ils avaient eu avec le médecin du travail et souvent des difficultés à parler de leur maladie.

La séquence consacrée aux témoignages est réellement la plus émouvante.

Les participants disent avoir vu leurs représentations se modifier durablement.

Présentation d'une action de prévention en entreprise

Cette action a été mise en place par les médecins du travail.

- Analyse de la demande (qui demande, dans quels buts, quels moyens ?)
- Sensibilisation des décideurs à la mise en place d'une action
- Etat des lieux, mise en place d'un groupe de travail (participants, fonctionnement, pièges à éviter, formation des membres)
- Formation des encadrants et des acteurs de l'entreprise
- Actions collectives, individuelles
- Maintien en vie du groupe
- Ressources matérielles, et surtout humaines
- Motivation fragile du fait de la vie de l'entreprise
- Le temps de préparation, de mise en place est toujours sous-estimé.

Elaboration des conduites à tenir

- En urgence, devant un comportement anormal sur le lieu de travail
- A la reprise de travail d'un salarié qui rentre de 3 mois d'absence pour soins (risque de ré-alcoolisation)
- Devant la découverte par un responsable d'atelier de l'existence d'arrosages clandestins
- Suite à un contrôle positif au cannabis d'un chauffeur routier impliqué dans un accident
- Pour organiser un arrosage sans risque
- Pour les repas d'affaire
- Devant la rumeur de l'existence d'un problème chez un salarié.

Pour le cannabis les éléments diagnostics sont plus compliqués que pour l'alcool.

Les multiples méthodes psychothérapeutiques :

Elles sont abordées sur une demi-journée. Intervention brève, entretien motivationnel, psychothérapies brèves (thérapies comportementales, PNL, thérapies d'inspiration analytique, thérapies familiales, nouvelles thérapies: EMDR), etc.

Résultats de formation

Sur cinq années, 79 personnes ont été formées (34 médecins, 33 assistantes, 9 infirmières d'entreprise, 3 DRH, techniciens).

L'évaluation

L'évaluation en fin de séminaire est très positive. Elle est dans le respect des objectifs fixés au départ. Voici quelques exemples extraits des commentaires : « contenu en adéquation avec les attentes, temps de travail personnel apprécié, échanges de pratique, diversité des expériences des intervenants, ce stage est à conseiller à toutes les équipes de santé au travail, c'est la première fois que je travaille les représentations, indispensable, enrichissement professionnel et personnel certain... »

Témoignages de représentants de salariés et d'employeurs ayant constaté un changement dans la prise en charge de ce problème.

Sur 474 journées, l'on a noté seulement 7 journées d'absence.

.

Quel avenir ?

Poursuivre les formations destinées aux équipes médicales, les proposer aux autres services (BTP, MSA, secteur hospitalier).

Créer un groupe ressource destiné aux acteurs de santé au travail dont le fonctionnement régulier aiderait à la résolution de problèmes (situation difficile, réglementation, utilisation de l'éthylomètre, tests urinaires).

En conclusion :

La prévention du risque alcool en entreprise est délicate, les problèmes éthiques sont nombreux. La rigueur intellectuelle est nécessaire, il faut en permanence s'interroger sur l'éthique d'une telle action. La participation au groupe de recherche « éthique et santé au travail » est une aide précieuse.

Les questions éthiques sont par exemple :

Dans quelles circonstances et avec quelles précautions, est-il éthique de faire souffler dans l'éthylomètre lors d'une visite de santé au travail ?

Dans quelles conditions éthiques, le médecin du travail peut-il décider de l'inaptitude temporaire d'un salarié ?

Ces questions sont d'actualité.

Questions dans la salle

Il semblerait que la Bourgogne soit en tête pour la consommation des médicaments psychotropes ?

Réponse du Dr DASSONVILLE : La France est en tête mais pas spécialement la Bourgogne.

Dr I. MILLOT : Effectivement, selon l'enquête ESCAPADE, la Bourgogne est en tête mais uniquement pour les filles de plus de 17 ans.

Que penser des traitements substitutifs type SUBUTEX ?

Réponse du Dr DASSONVILLE : Le problème des traitements substitutifs pour évaluer l'aptitude au poste demande une réponse qui est difficile ; cela peut faire le sujet d'un groupe de réflexion ; peut-être faut-il prendre contact avec le service relai en toxicomanie ?

Ce médicament peut être pris pendant plusieurs années.

Mr Gérard PRADELLE (SDIT 71) : Il ne faut pas oublier que le traitement de substitution permet à la personne d'être « normale ». Une personne sous traitement substitutif doit être considérée comme en bonne santé.

RESTITUTION DES ATELIERS

1 – Prévention du risque chimique *(Rapporteur Docteur Michel ROY)*

Les intervenants de l'atelier :

- ☞ Madame Martine GOLIRO, Ingénieur conseil de la CRAM de Bourgogne,
- ☞ Docteur Catherine RAOUX, Médecin du Travail (MSA 71) et Monsieur Matthieu DANGUIN Conseiller en prévention (MSA 71).

Idées forces débattues :

Il a été dégagé que les produits cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques (CMR), se situent dans une action sur le long terme. Concernant la prévention des produits phyto-sanitaires, un débat s'est instauré sur le réseau Phyt'Attitude. Il a été mis en place au sein des services de santé au travail des caisses de Mutualité Sociale Agricole. Des explications ont été données sur l'analyse des dossiers comportant des symptômes ressentis par les utilisateurs, avec un réseau (ordre des médecins, pharmaciens, hôpitaux avec les services d'urgence, les médecins traitants proches du terrain), et des experts toxicologues validant les cas proposés, et déterminant une graduation sur la toxicité des produits. Ce réseau permet de faire évoluer la connaissance des produits toxiques en milieu agricole.

Pistes dégagées pour l'action

Actions concrètes :

- Aide à l'homologation des produits par le réseau toxico-vigilance, phyt'attitude.
- N° vert et réglementation sur les produits commercialisés : recensement des produits toxiques en agriculture.
- Recherche d'une surveillance médicale spéciale, adaptée au suivi des CMR.
- Mais surtout, développer des techniques nouvelles afin de substituer les produits toxiques, exemple utilisation du froid dans le « traitement » préventif du blé dans les silos : la base de la prévention doit reposer sur des produits de substitution moins toxiques.
- Recensement des signalements des intoxications sur le long terme : rechercher les intoxications chroniques.
- Développer les enquêtes sur le terrain, type enquête « AGRICAN » en agriculture, avec les centres anti-cancéreux, la plus grosse cohorte connue au monde.
- Recensement des CMR en Bourgogne-Franche-Comté. L'objectif est d'obtenir un panorama des produits les plus utilisés pour les supprimer secondairement et les substituer le plus possible (aide technique des préventeurs et des médecins du travail).
- Des questions complexes demeurent : évaluer la dangerosité des produits, la notion de seuil : en réponse, maintenir le niveau le plus bas possible d'exposition, « il y a ou il n'y a pas de CMR », donc présence de l'agent à ne pas sous estimer.
- Les mesures au poste : en premier lieu évoquer les mesures de prévention en fonction du poste, et mesurer seulement après, ce qui est actuellement la position de la CRAM.

2 – Travail et Santé mentale : approches pratiques *(Rapporteur J. Louis CHARLET Expert Prévention Sécurité E. G. D. Bourgogne du Sud)*

Les intervenants de l'atelier :

- ☞ Docteur Brigitte RENARD, Entreprise MICHELIN
- ☞ Docteur Marie-Claire BARDOUILLET, MT 71

En pré-requis, pour conduire une action santé au travail l'engagement de la direction est primordial, on l'a ressenti au travers du retour des expériences de deux entreprises MICHELIN et EDF/GDF.

Il est important que tout le monde utilise le même langage d'où la nécessité d'une formation de la hiérarchie et de l'encadrement (y compris la maîtrise de proximité). Il est utile également de s'interroger sur l'organisation du travail et d'avoir une culture prévention santé sécurité dans l'entreprise.

Les erreurs à éviter :

- Etre seul à porter le projet (médecin du travail, préventeur)
- Aller trop vite, c'est important d'attendre les autres (encadrement, CHSCT, les instances représentatives du personnel)

Les freins à identifier, comment lever certains freins :

Parler à l'équipe de management du coût de l'absentéisme pour l'entreprise, des actes d'incivilités et violence, d'agression (notamment pour les sociétés de service), démystifier le terme stress au travail.

L'éthique :

Mettre l'homme au cœur des préoccupations, prendre en compte ce qu'exprime le salarié (c'est son ressenti), tout est important. Chacun doit rester à sa place, l'employeur, le médecin, le préventeur. Le choix de l'intervenant demande beaucoup d'attention.

Pistes et stratégies à privilégier :

Travailler en mode projet en associant les parties prenantes dans l'entreprise (l'encadrement, les OS, la direction, les préventeurs, la médecine du travail etc..) désigner un pilote, cela permet d'obtenir des résultats. Afin de tenir au courant les salariés, une communication régulière doit être prévue.

Adopter l'amélioration continue de la qualité et de l'environnement. En partant du document unique de l'évaluation des risques, il faut enclencher des actions pour l'amélioration, et ensuite mesurer, évaluer et l'on ferme la boucle de la qualité, de l'environnement et de la sécurité.

3 - Construire une campagne de santé publique *(Rapporteur Isabelle MILLOT, Directrice du CORES de Bourgogne)*

Intervenant :

☞ Docteur Alain IZAR, Service Régional de Médecine du Travail SNCF.

Les idées forces débattues lors de l'atelier,

Ne pas être seul pour monter les projets en entreprise : c'est-à-dire utiliser les compétences de chacun, développer des projets collectifs, avec des personnes internes ou externes à l'entreprise. Ce partenariat est gage de succès de ce qui va être mis en place.

Il faut : associer les syndicats, le service médical, social, le CHSCT, la direction et les acteurs externes éventuellement, respecter la place de chacun, s'écouter. Les divergences de point de vue peuvent parfois entraîner des conflits. Mais dans l'ensemble, l'on arrive à mettre en place des projets partenariaux coopératifs.

Défendre les projets auprès des partenaires sociaux

Il faut convaincre de l'intérêt de la prévention par rapport au coût. Le bénéfice pour l'entreprise par rapport aux accidents du travail, les maladies professionnelles, l'absentéisme en expliquant ce que le projet peut amener à réduire et à mettre en balance les avantages et les coûts associés.

Développer la formation des acteurs pour savoir communiquer avec les partenaires sociaux et défendre les projets.

Il existe un lien important entre les problématiques de santé au travail et de santé publique, développer des actions sur la santé globale des salariés peut avoir un impact sur la qualité du travail.

Structurer les actions :

Dans la démarche projet, il faut fixer les objectifs, avoir une démarche rigoureuse, avoir un calendrier et aller jusqu'à l'évaluation des actions pour démontrer l'efficacité ou réévaluer en permanence les projets.

Il y a des périodes de découragements mais aussi des marges de progression, des succès qui font qu'il faut continuer.

4- De la prise en charge à la prévention des conduites addictives.

(Rapporteur Jocelyne MEURIOT Infirmière la Poste)

Intervenants :

- ☞ Chantal CHEVROT, ANPAA 71,
- ☞ Joséphine GALLAND, ANPAA 71,
- ☞ Et participation du Docteur DASSONVILLE ANPAA 71 et MT 71.

Comment mobiliser les acteurs ?

C'est un évènement déclencheur qui permet une opportunité de travail. Pour réaliser cette action, le chef d'entreprise doit être d'accord avec cette démarche il est l'élément moteur et doit être sensibilisé à l'action.

Les acteurs peuvent être mobilisés en mettant en avant les responsabilités pénales de chacun, rechercher des éléments moteurs au sein du personnel, plus une mobilisation de l'équipe médico sociale.

Quelles sont les conditions requises pour réaliser un projet de prévention alcool au sein de l'entreprise ?

- Les conditions éthiques sont essentielles (respect des personnes, anonymat),
- La notion de temps et de maturation, deux expériences de mise en œuvre d'actions ont été présentées au cours de l'atelier : la première s'est plus ou moins soldée par un échec, seule l'information a pu être donnée, sans aller plus loin. La deuxième a commencé en 2000, se poursuit en 2006 et continuera au-delà.
- Pertinence de la formation,
- articulation entre chacun des acteurs dans le projet par rapport à ses fonctions,
- élaboration d'un cahier des charges avec des objectifs :
 - ✓ indicateurs d'évaluation
 - ✓ marge de manœuvre avec des idées de compromis
- Les groupes d'accompagnement du projet de l'entreprise doivent être représentatifs de l'ensemble des personnels,
- Le groupe communique et il doit y avoir une cohérence avec ce qui existe dans l'entreprise,
- Répertoire et redynamiser les réglementations de l'entreprise,
- Le règlement intérieur n'est pas préalable à l'action, (ne pas mettre en place l'action à partir du changement d'un article du règlement dans l'entreprise car elle serait vouée à l'échec),
- Bien définir les rôles et limites de chacun, exemple le médecin du travail doit rester dans son cadre de médecin préventeur par rapport à l'alcool,
- Ne pas parler uniquement de soin dans le groupe,
- Validation permanente des décideurs, s'assurer que la démarche ira jusqu'au bout avec l'aval des décideurs.

Quelles sont les pistes et les stratégies à privilégier et les erreurs à éviter ?

Lorsqu'un évènement surgit dans une entreprise, (accident du travail ou de la route liés à l'alcool), il faut mobiliser, dynamiser pour mettre en place une action.

Les erreurs à éviter :

La confusion des rôles, le médecin du travail peut aider le groupe mais doit se mettre en retrait et rester dans son rôle médical. Dans le groupe parler du risque alcool en général, ne pas limiter à l'action à l'alcoolodépendance.

SYNTHESE ET CLÔTURE DE LA JOURNEE

Professeur Henri-Jacques SMOLIK. Faculté de Médecine et Institut de Médecine du travail

Préambule.

Le Professeur SMOLIK remercie les organisateurs de la journée et l'ensemble des participants. Il rappelle que la meilleure capacité de gestion c'est d'anticiper et surtout d'être crédible et de déterminer une stratégie qui permette d'appréhender un rapport entre le bénéfice/risque. Et, globalement le bénéfice risque par rapport à la prévention primaire et par rapport au risque professionnel, c'est mettre en perspective le droit à la santé et le droit au travail.

Par conséquent, s'il y a un consensus dans la démarche, il est bien évident qu'au moment du traitement des résultats l'on sera plus dans le domaine du compromis entre un certain nombre de paramètres qui sont ceux de l'entreprise, ceux de la vie sociétale, et qui sont ceux de l'intérêt individuel.

Synthèse.

Les idées fortes ont été retenues dans les différents exposés de la place à l'éducation et de la prévention primaire dans la santé au travail. En première intention, apparaît l'analyse du contexte.

Monsieur le Sous-Préfet a rappelé que le cadre était la recherche d'une politique de santé publique et de promotion de la santé structurée et cohérente. En le présentant comme un enjeu social, voire économique, en tous cas comme une préoccupation forte de l'Etat.

Avec ceci de particulier, c'est qu'il signalait que cette mobilisation était quelque peu entravée par un cadre juridique qui apparaissait inadapté malgré la loi de modernisation sociale, la poly professionnalisation des services de santé au travail et donc l'évolution du code du travail.

Ce cadre est inadapté (exposé du Dr Pierre ABECASSIS) du fait de l'évolution du travail, du fait du contenu, de l'organisation ; cela va trop vite et la loi est toujours en retard. Egalement à cause de nouveaux risques non maîtrisés : risques chimiques, le problème des addictions et du risque routier.

Le problème de la pérennité au travail : Il est nécessaire de bénéficier de garanties pour pouvoir garder ses activités professionnelles, ce qui est un gage de l'insertion sociale. C'est surtout l'évolution d'un état d'esprit. La tendance actuelle vers la tolérance 0 est en augmentation, la contrainte devient insupportable, le stress est assimilé à des éléments qui relèvent du harcèlement, ou de la souffrance mentale au travail.

De la même façon, il y a une tolérance 0 quant aux risques pour la sécurité et pour la santé, avec une obligation de résultats qui est faite à l'employeur et de la part des victimes, une recherche en responsabilité. On assiste à une judiciarisation dans le cadre de la réparation, avec une volonté d'obtenir réparation de toute l'échelle de préjudice, avec la recherche d'un transfert de prise en charge des assurances sociales vers l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles, c'est-à-dire à la charge des employeurs. Il est compréhensible que ce soit une réelle préoccupation économique de l'Etat, et qu'il y a manifestement une relative urgence. Et puis de la même façon, c'est le problème de la liberté individuelle et de l'intérêt collectif qui ne font pas forcément bon ménage. La santé comme l'a dit le Docteur Hamonic est un état de bien-être physique, mental et social, cela est défini comme un droit que ne peut aliéner le droit au travail, et inversement.

Le travail reste considéré comme étant un opérateur de santé indispensable à l'accomplissement de soi. Il n'y a pas pire stress que le non travail, avec son corollaire : l'isolement. Isolement individuel par rapport à la société, et isolement familial. Concernant la souffrance au travail, il est bien évident que ce n'est pas forcément le travail, mais aussi la perception du travail, l'évolution de ses représentations, parce que c'est le passage de la profession au métier. (Problématique de l'idéalisation).

De la même façon, se pose le problème du diagnostic de la souffrance au travail qui a différents modes d'expression quelle que soit la nature du stress, que ce soit l'ambiance sonore, que ce soit l'organisation du travail pathogène, un mode d'expression qui conduit au comportement addictif. Cela nécessite une nouvelle lecture ainsi qu'un décodage, la recherche d'un diagnostic. Ceci a pour corollaire une obligation de formation pour les médecins du travail, comme pour tous les professionnels de santé, et les préventeurs.

La demande de santé au travail.

Le problème, c'est de pouvoir identifier son origine. Elle est réglementaire, et c'est aussi une exigence de la société.

L'on assiste à la prolifération des textes. Il peut y avoir parfois une exigence collective, cela correspond à une demande et un besoin d'assurance. Pourquoi ? Cela renvoie à l'obligation de résultats, avec le risque zéro, et donc c'est au niveau de la collectivité que l'on a besoin de cette assurance pour éviter une prise en charge par la société. Au niveau individuel, cela peut être considéré comme un droit et un devoir d'assistance, aussi bien pour les salariés que pour l'entreprise. C'est donc la recherche par ces derniers de conseils auprès des médecins du travail ou des autres professionnels des services de santé au travail. Il est nécessaire tout d'abord qu'il puisse y avoir une analyse de cette demande de santé. Cela a été rappelé par le Docteur DASSONVILLE qui dit que la première chose c'est, d'éviter d'avoir à satisfaire à des demandes addictives, d'éviter de prendre cet outil de gestion comme une recherche d'un outil managérial.

De la même façon il faut pouvoir l'identifier comme un besoin collectif, et donc il est nécessaire de rechercher un consensus quant aux objectifs. De la même façon, le besoin collectif n'est pas forcément cohérent avec le besoin individuel ; il y aura forcément à rechercher un compromis entre ce besoin collectif, et ce besoin individuel.

Toujours comme élément de gestion, le premier objectif que l'on peut définir c'est la prévention. C'est une stratégie qui est rigoureuse, et qui passe par des étapes parfaitement codifiées :

- Identification du danger, c'est une notion qui est relativement absolue, c'est-à-dire qui est en rapport avec le travail tel qu'il a été conçu.
- L'évaluation du risque : cette évaluation va permettre de juger si la situation est tolérable ou acceptable. Mais par rapport à une approche collective, c'est-à-dire une dimension de prévention collective. Au-delà de cette dimension collective, comme on l'a vu ce matin avec le bruit par exemple, avec des valeurs plafond qui ne doivent pas être dépassées, on se trouve confronté en tant que médecin à une appréciation du risque. C'est à-dire la relativisation du risque par rapport à la gravité du dommage potentiel, qui prend en compte la susceptibilité individuelle, donc la démarche médicale restera quand même le pivot de la gestion du risque professionnel.

Le deuxième objectif est de sensibiliser à la prévention, en établissant un rapport entre le bénéfique et le risque. Donc, l'élaboration de contrats d'objectifs, de conduites à tenir, de procédures et comme le rappelait Monsieur le Sous-Préfet de bonnes pratiques.

En ce qui concerne la stratégie qui est inhérente à cet objectif, il s'agit :

- De faire un diagnostic de situation,
- D'avoir des indicateurs de santé, de dysfonctionnement (les ergonomes appellent cela des traces)
- De savoir, si au terme de la campagne qui aura été menée, l'effet aura été significatif ou non. Si ces indicateurs n'apportent pas d'éléments d'appréciation de modification, c'est que le choix ne s'est pas porté sur les bons indicateurs ou bien que l'objectif n'a pas été atteint.

La définition des moyens.

Etant donné que l'on ne peut pas tout faire tout seul, d'ailleurs la loi l'a anticipé puisque il est question de pluridisciplinarité et de poly professionnalisation. C'est aussi la nécessité de faire appel à des compétences d'un aspect fonctionnel.

Certains mots ont été utilisés comme les comités de pilotage par exemple, mais on a aussi besoin de références, et de pouvoir comparer certaines situations, pour mieux en gérer d'autres.

Il est nécessaire d'utiliser du matériel mais cela pose des problèmes éthiques comme le Docteur DASSONVILLE l'a évoqué dans son exposé, à savoir, quels sont les outils pouvant être mis à disposition pour avoir un indicateur fiable. (ex. utilisation de la prise de sang, de l'éthylotest, de la recherche urinaires pour les traces de cannabis ou la consommation de substances illicites) et puis surtout globalement l'on a besoin de temps. C'est d'ailleurs pour cela que le médecin du travail a la possibilité de gérer son temps, au moins sur une période de deux ans en consacrant l'essentiel de son activité à l'étude des conditions de travail.

La méthode, c'est l'analyse du travail. La prévention n'existe que parce que le travail est générateur de manifestations pathogènes : l'accident du travail, la maladie professionnelle.

La meilleure définition de la pathologie professionnelle, c'est qu'elle apparaît comme étant le fruit d'un travail mal conçu pour celui qui le réalise. S'il n'est pas possible d'intervenir sur l'individu, c'est sur le travail qu'il faut agir. Mais, pour pouvoir agir sur le travail, il faut pouvoir repérer ses effets, ceux-ci se retrouveront sur l'activité c'est le travail observé, sur le comportement, c'est le travail d'étude.

La demande de santé en gestion c'est enfin la définition des résultats qui doit toujours se faire à priori, et ces résultats doivent être abordés soit dans le cadre d'une gestion collective qui se traduira par un plan d'action, un plan de communication, un plan d'information, un plan de formation, soit dans le cadre d'une gestion individuelle, pour satisfaire non à un besoin de prévention, mais de protection (équipements individuels de protection), avec un suivi médical approprié. La conséquence que cela peut avoir en terme d'aptitude, l'absence de contre-indication médicale, voire d'incompatibilité lorsque l'on fait référence à la réglementation, a été abordée avec le risque routier.

De la même façon, il faut définir le mode de traitement et de présentation des résultats. Le traitement des résultats doit être approprié, généralement il est normalisé. La présentation des résultats doit être collective, de façon à ce que chacun puisse s'approprier ce qui lui revient.

L'amélioration des objectifs et de la méthode permettra d'avoir un consensus et d'élaborer un cahier des charges, c'est-à-dire un échancier.

La conclusion on la retrouve par rapport à ce qui a été dit précédemment. Le problème c'est de pouvoir identifier quel est le rôle de chacun.

Le rôle de l'Etat nous apparaît comme une volonté politique. Mais a-t-il les moyens de sa politique ?

Le problème est identique au niveau de l'entreprise, c'est une volonté politique, mais l'entreprise a-t-elle les moyens de sa politique ? C'est aussi le rôle du service de santé au travail, mais a-t-il les moyens de sa politique ?

Dans le cadre de la professionnalisation et de l'appel à d'autres compétences, c'est surtout le rôle des médecins du travail, pour lesquels c'est un rôle historique de promouvoir la santé. Est-ce que cette promotion de la santé doit se faire au prix du maintien dans l'emploi ou inversement ?

Nous avons la connaissance de tout cela dans le cadre d'une démarche éthique, au moment où il faut définir une aptitude à un poste, chez un salarié qui est confronté à un état de santé qui l'expose à un risque incompatible avec son travail.

Le rôle du médecin du travail, c'est de mobiliser, de façon à ce que la prévention soit l'affaire de tous mais aussi de développer la prévention primaire comme élément de culture d'entreprise.

Tout ceci pour les médecins du travail nécessite une formation, puisque c'est le fruit d'une démarche rigoureuse et scientifique, et la capacité à éviter la confusion des rôles, et surtout la confrontation, on l'a vu surtout pour la gestion de l'alcoolisme en entreprise.

La nécessité d'un dialogue, de rompre l'isolement, et le problème de cet isolement, est soutenu par le secret professionnel, qui ne fait pas forcément des médecins des interlocuteurs privilégiés, puisque toute information dans le cadre de la gestion d'un risque peut avoir un prolongement négatif, notamment sur le maintien dans l'emploi, au travers de la notion d'aptitude.

Il faut peser sur les orientations politiques de santé, disait ce matin Monsieur le Sous-Préfet.

Je rappelle un adage qui m'est cher : « ce n'est pas à la loi de faire évoluer nos pratiques, c'est à nos pratiques de faire évoluer la loi. » Est maître des lieux celui qui les organise.

Le Président remercie les participants et tous les intervenants pour leur précieux concours à la réussite de cette journée.

ANNEXES

- Liste des participants
- Bibliographie
- Synthèse des évaluations

**LISTE DES PARTICIPANTS A LA JOURNEE REGIONALE
SANTÉ AU TRAVAIL**

nom	prénom	organisme	adresse		
ABBEY-FOUCHEROT	Marie-Pascale	LA POSTE	14 RUE GENERAL MANGIN	21000	DIJON
ABECASSIS	Pierre	SERVICE REGIONAL DE MEDECINE DU TRAVAIL DRTEFP	13 RUE ALBERT 1er	BP 410 21000	DIJON
ADJIMI	Cyril	ACTARIS	9 RUE AMPERE	71000	MACON
AVIGNON		EURO AUTO HOSE	RUE DES GRANDS PRES	58000	NEVERS CEDEX
BARDOUILLET	Marie-Claire	MT 71	18 RUE COLONEL DENFERT	71100	CHALON SUR SAONE
BERRY	Annie	CODES 71	1 RUE W. CHURCHILL	71000	MACON
BERTHIN	Odette	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR	21000	DIJON
BOSCH	Elise	CODES 21	1 RUE PROFESSEUR MARION	21000	DIJON
BOUVIER	Patrick	MT 71	1 RUE GEORGES BIZET	71500	LOUHANS
BRIERE	Delphine	CODES 58	39 BLD MARECHAL DE LATTRE DE TASSIGNY	58000	NEVERS
CABASSON	Denise	CODES 71	1 RUE W. CHURCHILL	71000	MACON
CADIOT		SST-BTP71	14 RUE LAMARTINE	71530	CRISSEY
CAROLINE	Annie	MICHELIN	ZI de la FIOLE	71450	BLANZY
CHARLET	Jean-Louis	EGD BOURGOGNE SUD	20 AVENUE VICTOR-HUGO	71100	CHALON SUR SAONE
CHERAULT	Serge	ASSOCIATION LA SANTE DE LA FAMILLE	77 RUE DE LA CORVEE	21000	DIJON
CHÉREAU	Mireille	SNCF	COUR DE LA GARE	71100	CHALON SUR SAONE
CHEVALIER-GAILLARD	Evelyne	MINISTERE DES FINANCES Délégation Action Sociale	6 COURS MOREAU	71000	MACON
CHEVROT	Chantal	ANPAA 71 CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE	5 RUE CHAMP DU MOULIN	71300	MONTCEAU-LES-MINES
COLLIN	Aleth	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR	21000	DIJON
CORDIER	Christian	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR	21000	DIJON
CORNIN	Catherine	TEFAL	4 AVENUE DE LA RESISTANCE	71700	TOURNUS
DANGUIN	Matthieu	Service santé et Sécurité au travail MSA 71	46 RUE DE PARIS	71023	MACON CEDEX 9
DASSONVILLE	Frédéric	ANPAA 71 CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE	88 RUE RAMBUTEAU	71000	MACON
DUSOL	Martine	SNCF	11 RUE MARIOTTE	21000	DIJON
DUTANG	Gilles	RENAULT	360 RUE DU KM 400	71000	MACON
ERRARD	Jean-Louis	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR	21000	DIJON
FAGNOT	Pierre	CODES 71	1 RUE W. CHURCHILL	71000	MACON

FERRY	Patrick	DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS CRAM DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	38 RUE DE CRACOVIE		21044	DIJON CEDEX
FONTE	Céline	MTN PREVENTION	6 RUE COMMANDANT RIVIERE	BP 618	58006	NEVERS CEDEX
GALAND	Joséphine	ANPAA 71 CENTRE DE CURE AMBULATOIRE EN ALCOOLOGIE	4 RUE JEAN MOULIN		71100	CHALON SUR SAONE
GALMICHE		SNCF	Cour de la gare		71100	CHALON SUR SAONE
GIBAUT		EURO AUTO HOSE	RUE DES GRANDS PRES		58000	NEVERS CEDEX
GLANDUT	Danielle	SNCF	3 REMPART St PIERRE		71100	CHALON SUR SAONE
GOLIRO	Martine	DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS CRAM DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	38 RUE DE CRACOVIE		21044	DIJON CEDEX
GRENARD	Henri	INSPECTION DU TRAVAIL EN AGRICULTURE SDITEPSA DE Saône et Loire	CITE ADMINISTRATIVE 24 BLD HENRI DUNANT		71025	MACON CEDEX 9
GUILLEMANT	Jean-Claude	CODES 71	1 RUE W. CHURCHILL		71000	MACON
GUY	Pierre	E. D. F. - G. D. F.	20 AVENUE VICTOR HUGO		71104	CHALON SUR SAONE CEDEX
HAMONIC	Thierry	MT 71 CRISSEY	ZA LA GALLIERE LAMARTINE	9 RUE	71530	CRISSEY
HARAUPT	Isabelle	MTN PREVENTION	6 RUE COMMANDANT RIVIERE	BP 618	58006	NEVERS CEDEX
HUARD	Valérie	MAIRIE DE CHALON S/SAONE	1 IMPASSE DE L'ANCIENNE POSTE		71100	CHALON SUR SAONE
HURDEQUINT	Yannick	MT 71	18 RUE COLONEL DENFERT	BP 161	71104	CHALON SUR SAONE
IZAR	Alain	Service Médical Régional SNCF	11 RUE MARIOTTE		21000	DIJON
JACQUET	Eliane	INSPECTION DU TRAVAIL EN AGRICULTURE SDITEPSA	6 RUE CHANCELIER DE L'HOPITAL	BP 1550	21035	DIJON CEDEX
LAFOUCRIERE	Liliane	SNCF	SERVICE MEDICAL		71100	CHALON SUR SAONE
LAGAIN	Jean-Michel	ANPAA 21	8 RUE MARCEAU		21000	DIJON
LAMBERT	Delphine	SNCF	11 RUE MARIOTTE		21000	DIJON
LANRI	Laurence	TOURNUS EQUIPEMENT	25 AVENUE JEAN MOULIN		71700	TOURNUS
LAROCHE	Stéphanie	SNCF	11 RUE MARIOTTE		21000	DIJON
LEDUEY		PASSARD	3 BD MOUILLELONGUE		71210	TORCY
LENOIR	Dominique	Service santé et Sécurité au travail MSA 71	46 RUE DE PARIS		71023	MACON CEDEX 9
MADINIER	Marie-Hélène	MT 71	18 RUE COLONEL DENFERT	BP 161	71104	CHALON SUR SAONE
MASSE	Laëtitia	MUTUALITE FRANCAISE	23 PLACE BOSSUET		21000	DIJON
MATHIAS	Laurent	ACTARIS	9 RUE AMPERE		71000	MACON
MAZOYER	Bernard	MT 71	18 RUE COLONEL DENFERT	BP 161	71104	CHALON SUR SAONE
MEURIOT	Jocelyne	LA POSTE	14 RUE GENERAL MANGIN		21000	DIJON
MILLOT	Isabelle	CORES DE BOURGOGNE	34 RUE DES PLANCHETTES		21000	DIJON

PELLETIER		MT 71	18 RUE COLONEL DENFERT	BP 161	71104	CHALON SUR SAONE
PERRUCHOT	Anne	THOMSON	AVENUE CHARLES DE GAULLE		21110	GENLIS
PERUS	Déborah	SNCF	11 RUE MARIOTTE		21000	DIJON
PHILIPPON	Martine	ORST	15 RUE EN CARCAUT		21850	St APOLLINAIRE
PIERROT	Christine	FPT POWERTRAIN TECHNOLOGIES	AVENUE PUZENAT		71140	BOURBON LANCY
PRADELLE	GERARD	SDIT-SAUVEGARDE 71	15 RUE PHILIBERT GUIDE		71100	CHALON SUR SAONE
PRUDHOMME	Méïssande	MUTUALITE FRANCAISE	23 PLACE BOSSUET		21000	DIJON
RAOUX	Catherine	Service santé et Sécurité au travail MSA 71	46 RUE DE PARIS		71023	MACON CEDEX 9
RENARD	Brigitte	ENTREPRISE MICHELIN		Zi de la Fiole BP 46	71450	BLANZY
ROY	Michel	MSA Bourgogne Site Yonne et coordonnateur SST AROMSA de Bourgogne	14 BIS RUE GUYNEMER		89023	AUXERRE CEDEX
ROYER	Pascal	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR		21000	DIJON
SANDRIN	Olivier	MUTUALITE FRANCAISE DE LA NIEVRE	3 PLACE CARNOT	BP 628	58006	NEVERS CEDEX
SIMONNEAU	Nadine	CONSEIL GENERAL 71	18 RUE DE FLACÉ		71026	MACON CEDEX9
SMOLIK	Henri- Jacques	FACULTE DE MEDECINE ET INSTITUT DE MEDECINE DU TRAVAIL	7 BOULEVARD JEANNE D'ARC	BP 87900	21079	DIJON CEDEX
VALERA		M. S. A. BOURGOGNE	14 RUE FELIX TRUTAT		21046	DIJON
VIALA-BALP	Aleth	DDASS 21	14-16 RUE NODOT		21000	DIJON
VIOLETTE	Eric	KODAK	ZI DE DEMIGNY		71102	CHALON
VIRELY	Delphine	SST-BTP 21	3 RUE RENE CHAR		21000	DIJON
WACK	Jean-Louis	SST BTP 71	6 RUE ANTOINE EMORINE		71300	MONTCEAU-LES-MINES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Cristofari M-F.— **Bilan des sources quantitatives dans le Champ de la santé et de l'itinéraire professionnel.**—

Noisy-le- Grand: Centre d'études de l'emploi, 2003. 90 p.

Douiller A., Davezies P., Carrère L.—**Dossier. Travail : la santé impossible ?**

- La Santé de l'Homme, Septembre-octobre 2001, n°355, pp. 15-50.

Imbernon E.—**Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France.**—Saint Maurice: INVS, 2005, 6 p.

Observatoire régional de la santé en Bourgogne.—**La Santé en Bourgogne : éléments pour un diagnostic partagé.**—2004.—pp. 109-115.

Sandret N., coord.— **Dossier. Santé et travail.**—Actualité et dossier en santé publique, décembre 1994, n°9, pp I-XXXII.

Appay B., Thébaud-Mony A.—**Précarisation sociale, travail et santé.** Paris: INRS, 1997, 579 p.

Billiard I. **Santé mentale et travail.** Paris :Editions la Dispute, 2001, 283 p.

Debout M. **Le harcèlement moral au travail. Avis du Conseil économique et social.**

Paris : Journal officiel, 1999, 186 p.

Dyèvre P., Léger D. **Médecine du travail : approches de la santé au travail.** Paris, Masson, coll. Abrégés de médecine, 1999, 328 p.

Intervention éducative pour la promotion de la santé au travail.

Santé et Société, coll. Promotion de la santé, 1998, n°4, 48 p.

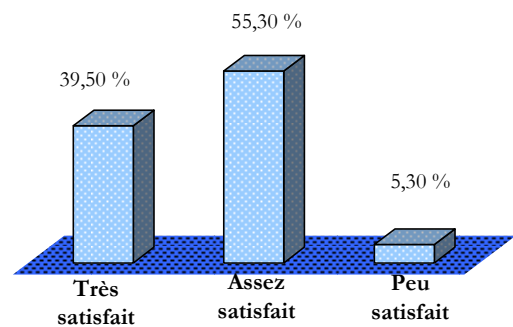
Ministère du Travail et des Affaires sociales. **La santé au travail : 10 ans de recherche médicale.** Paris, La Documentation française, coll. Bilans et rapports, 1996, 120 p.

SATISFACTION ET ATTENTES DES PARTICIPANTS.

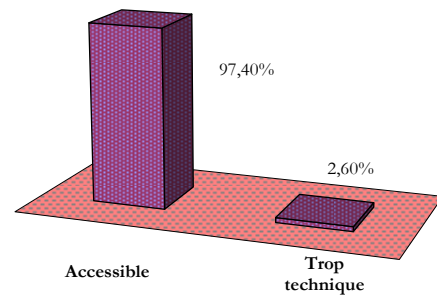
68 personnes ont participé à la journée régionale d'échanges de pratiques « **Santé au travail** ».

Sur 55 personnes (hors intervenants et organisateurs), **38** ont rempli le questionnaire d'évaluation de la journée.

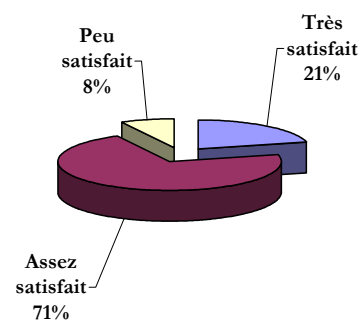
⇒ **Contenu des interventions du matin :**



⇒ **Accessibilité des interventions :**



⇒ **Satisfaction des ateliers :**



⇒ En général, ce qui vous a **le plus intéressé** :

- ✚ Addictions/Conduites addictives
- ✚ Santé mentale
- ✚ Atelier Santé Publique
- ✚ Intervention du matin
- ✚ Toute la journée
- ✚ Risques routiers
- ✚ Les ateliers
- ✚ Synthèse de fin
- ✚ Santé au travail
- ✚ Risques chimiques

⇒ Vos souhaits à développer en région autour de l'éducation et de la prévention primaire dans la santé au travail :

- ✚ Psycho-dynamique du travail
- ✚ Souffrance morale
- ✚ Risques psychologiques
- ✚ Santé mentale
- ✚ Harcèlement moral
- ✚ Epanouissement et travail
- ✚ Construire une campagne de santé publique
- ✚ Alcool et toxicomanies – Prise en charge
- ✚ Prévention des conduites addictives
- ✚ Dialogue avec le chef d'entreprise/le Directeur
- ✚ Travail Posté
- ✚ Sommeil/ Alimentation
- ✚ Réunion à thème unique