Les documents, supports de la traçabilité des expositions professionnelles du personnel militaire.

J.-F. Ferrand[a], F. Mérat[a], C. Le Marquand[a], M. Sarthou-Moutengou[b], P. Viance[c].

a Centre de médecine de prévention des armées de Paris/EHMP, 69 avenue de Paris – 94163 Saint-Mandé Cedex.
b DRSSA Lyon, BP 4467 – 69241 Lyon Cedex 04.
c DCSSA, 12 cours des maréchaux, Fort neuf Vincennes, case 125 – 75614 Paris Cedex 12.

Article reçu le 11 mai 2011, acepté le 9 novembre 2011.

Résumé

La traçabilité des expositions professionnelles des personnels militaires du ministère de la Défense et des Anciens Combattants doit permettre de retrouver l'historique de leurs expositions professionnelles. Son importance a été soulignée lors de plusieurs crises sanitaires médiatisées touchant les armées comme le syndrome de la guerre du Golfe ou les conséquences sanitaires des essais nucléaires sur les vétérans. La traçabilité s'appuie sur un trépied qui comprend l'identification des dangers, l'évaluation du niveau d'exposition et la garantie de conservation de ces données. Elle s'applique sur le territoire national mais aussi au cours des opérations extérieures dans le cadre de la démarche hygiène et sécurité en opération. Dans le Code du travail, les outils réglementaires permettant la traçabilité des risques relèvent du chef d'organisme et du médecin du travail, ces outils sont actuellement suffisants et la première raison des insuffisances de traçabilité reste l'application incomplète des dispositions en vigueur. L'objet de cet article est de montrer l'intérêt, les limites et la complémentarité éventuelle de ces outils qui en pratique sont tous susceptibles ou sont déjà intégrés dans le cadre des dispositions existantes au titre de la médecine de prévention ou de l'hygiène et de la sécurité du travail mises en œuvre au ministère. Les spécificités existantes seront évoquées ainsi que les pistes d'amélioration. Il s'agit en premier lieu de sensibiliser les médecins des armées en charge de la médecine de prévention des militaires au recueil exhaustif et systématisé des informations professionnelles dans le dossier médical afin de constituer un véritable *curriculum laboris* facilement accessible ; nous proposons aussi d'administrer lors de la visite de fin de service un questionnaire standardisé qui fera plus particulièrement le point sur les expositions antérieures aux produits cancérogènes ou suspectés comme tels.

Mots-clés : Exposition professionnelle. Traçabilité.

Abstract

DOCUMENTS AS SUPPORTS FOR THE TRACEABILITY OF MILITARY STAFF OCCUPATIONAL EXPOSURES.

The traceability of the Ministry of Defence military staff's occupational exposures is essential in recording their professional history. Its importance was underlined by several sanitary mediatized crises touching the armed forces among which are the Gulf War Syndrome and the sanitary consequences of nuclear tests on veterans. The traceability leans on a tripod which includes the identifying dangers, evaluating the exposure level and guaranteing the data preservation. It applies to the national territory but also during the outside operations within the framework of Hygiene and Security in Operations (HSO) approach, by taking into account constraints bound to fluctuating operational situations. The statutory tools allowing the traceability of the risks are submitted to employers and to occupational physicians. Presently the tools are sufficient and the first reason of a defective traceability is insufficiently implemented current measures. Except the strict respect for the regulations other decisions can improve traceability. First of all,by making physicians sensitive to collecting occupational information in the medical file to establish an easily accessible curriculum laboris; we also suggest to administer during the end of service visit a standardized questionnaire which will more particularly review the previous exposures to carcinogenic products or suspected as such.

Keywords: Occupational exposure. Traceability.

Introduction.

La médecine du travail est une spécialité médicale qui met en œuvre des disciplines complémentaires telles que la pathologie professionnelle, l'épidémiologie, la toxicologie clinique et l'hygiène industrielle. Les

J.-F. FERRAND, médecin en chef, praticien certifié, F. MÉRAT, médecin en chef, praticien certifié, C. LE MARQUAND, médecin, praticien certifié, M. SARTHOU-MOUTENGOU, médecin général inspecteur, praticien certifié, P. VIANCE, médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : J.-F. FERRAND, médecin chef du centre de médecine de prévention des armées de Paris/EHMP, 69 avenue de Paris – 94163 Saint-Mandé Cedex.

activités menées par les professionnels de santé qui composent les équipes de santé au travail permettent le recueil de nombreuses données de nature médicale et non médicale sur les expositions professionnelles, les effets immédiats, retardés ou différés sur la santé des personnels exposés. Dans ce contexte, dépister à un stade précoce et réversible toute pathologie professionnelle et, concomitamment, établir la relation entre exposition et pathologie professionnelle ne peut s'envisager de façon efficace que si la traçabilité des expositions est garantie. La traçabilité correspond à la capacité de reconstituer, à partir de différentes sources, l'historique des expositions professionnelles au cours de la carrière professionnelle d'un militaire.

En pratique, cela implique d'avoir pu identifier, au cours de chaque emploi, les dangers, évaluer qualitativement et/ou quantitativement l'exposition à ces derniers et conserver les données correspondantes sur le long terme. Les enjeux sont nombreux. En premier lieu, ils concernent la préservation de la santé du personnel militaire car la mise en œuvre de la traçabilité des expositions impose de procéder à l'évaluation des risques professionnels (EvRP) en vue de supprimer ou de réduire au niveau le plus bas possible le nombre de personnes exposées et la nature et l'intensité des risques. La préservation de l'état de santé du personnel militaire est une responsabilité du commandement et la mission princeps des professionnels de santé du Service de santé des armées (SSA). Ils sont aussi techniques et scientifiques par la création de banques de données et l'exploitation de ces dernières pour prioriser les actions de suppression ou de réduction des risques professionnels. De ce point de vue, la traçabilité facilite également la réalisation d'études épidémiologiques qui permettent de mieux connaître les effets sur la santé de l'exposition à un ou plusieurs risques selon leur intensité afin d'adopter des mesures de prévention. Ils sont enfin médico-légaux car ces informations s'avèrent bien souvent indispensables pour faire le lien entre exposition ancienne et pathologie actuelle et appuyer ainsi une juste demande de pension militaire d'invalidité, en particulier, en l'absence d'inscription sur le registre des constatations.

Contexte réglementaire.

Santé et sécurité au travail au ministère de la Défense.

La position du ministère de la Défense en matière de risques professionnels est distincte de celle des autres ministères car elle résulte du poids historique de l'industrie de l'armement. Ainsi, le décret N° 85-755 du 19 juillet 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la Défense (1) rend applicables au personnel civil et militaire les règles techniques du Code du travail portant sur la santé et la sécurité au travail. En 1997, l'article 16 du décret (2) a précisé que ces règles étaient applicables au personnel militaire lorsqu'il exerce dans des conditions identiques des activités de même nature que celles confiées au personnel civil. Le décret mentionne également que, dans tous les autres cas, le personnel militaire se voit appliquer des dispositions d'hygiène et de sécurité fixées par les autorités d'emploi. La démarche hygiène et sécurité en opération (HSO) est un cas particulier de la politique santé et sécurité au travail (SST) du ministère. Elle illustre également la capacité du ministère à s'adapter à des circonstances particulières. En effet, les interventions sur les théâtres d'opérations extérieurs et l'emploi des systèmes d'armes complexes ont généré de nouveaux risques professionnels. La prise en compte de ces situations est à l'origine de l'élaboration de l'instruction de 2005 (3) permettant la mise en œuvre de mesures prédictives, préventives ou curatives visant à réduire l'impact sanitaire des risques environnementaux et à éviter la dégradation, hors des phases de combat proprement dites, des conditions de travail en opération.

Exercice de la médecine de prévention.

Au ministère de la Défense, la médecine de prévention peut s'exercer au profit du personnel militaire quand les activités sont réalisées dans des conditions identiques à celles du personnel civil. En 2010, un tiers des personnels militaires, soit environ 110 000, se trouvaient dans ce cas de figure et ont donc bénéficié de prestations de médecine de prévention qui s'ajoutent à la surveillance médicale propre à l'état de militaire ou « médecine d'armée ». Les règles de fonctionnement technique de la médecine de prévention figurent dans une instruction (4) spécifique dont les règles sont étroitement inspirées de celles figurant dans le Code du travail. Elle s'adresse aux médecins civils et militaires en charge au ministère de la mission de médecine de prévention au profit du personnel civil. Pour le personnel militaire, les principales dispositions sont les suivantes :

– elle est exclusivement réalisée par les médecins des armées affectés dans les forces et fait partie intégrante de l'exercice de la médecine d'armée ;

– les prestations doivent être identiques à celles dont bénéficierait le personnel civil ;

– le modèle de dossier médical est spécifique.

À la différence des personnels civils ouvriers ou fonctionnaires, les militaires relèvent pour les accidents et maladies en rapport avec le service, des dispositions spécifiques du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Toutefois, rien sur le fond ne permet donc de distinguer la mise en œuvre de la médecine de prévention dans ses différents aspects, y compris celui de la traçabilité, au titre du service courant ou des missions intérieures (MISSINT) tandis que des modalités propres aux opérations extérieures (OPEX) renvoient finalement aux mêmes obligations, tout en prenant en considération, les contraintes inhérentes à un environnement inhabituel soumis en plus aux fluctuations liées aux évolutions de la situation opérationnelle.

Traçabilité et opérations.

Guerre du Golfe et début de la traçabilité des expositions en opération.

La transformation des effectifs en armée professionnelle, la possible judiciarisation de certaines opérations militaires et le maintien de la confiance des

militaires vis-à-vis de leur institution ont fait prendre conscience de l'importance de répertorier les expositions des militaires tant en métropole qu'en opération. Historiquement, c'est la guerre du Golfe qui est l'élément déclencheur de l'impérieuse nécessité d'améliorer la traçabilité des expositions des militaires. En août 1990 débute un conflit aux caractéristiques inhabituelles. La participation française atteindra 14 000 hommes et sera soutenue par plus de 1 100 personnels du Service de santé. Au total avec les rotations, ce sont 25 000 militaires français qui participeront à l'opération « Tempête du désert ». Certains personnels ont alors pu être soumis à différents types d'expositions qui, dans certains cas, ont pu se cumuler. De nombreuses publications américaines et anglaises ont recensé ces expositions parmi lesquelles ont pu être identifiées et étudiées :

– l'incendie des raffineries de pétrole et la pollution atmosphérique majeure pendant plusieurs mois ;

– l'utilisation d'insecticides à titre collectif ou individuel parfois importante dans certaines zones du théâtre ;

– la prise d'antidote aux neurotoxiques à titre préventif en raison d'une menace imminente de frappe par arme chimique ;

– le stress psychologique et physiologique présent pendant les phases d'attente avant l'engagement et au moment des combats ;

– la dispersion d'uranium appauvri provenant des obus flèches ;

– certaines maladies infectieuses comme les leishmanioses ainsi que des associations vaccinales (charbon, botulisme).

L'ensemble de ces facteurs de risque peut expliquer ce que l'on a appelé à partir de 1996, le syndrome de la guerre du Golfe (5). À partir de 1993, plusieurs milliers de vétérans américains ont fait état de troubles médicaux non spécifiques ce qui a conduit de 1993 à 2000 à mandater plusieurs commissions d'enquête du Sénat américain sur le sujet. Le Service de santé des armées français, pendant cette période, est resté en liaison avec les autorités américaines et anglaises. Un groupe d'expert est créé en juin 2000. Parmi les conclusions figurent la facilitation de la communication des dossiers médicaux aux anciens militaires qui le demanderaient, la proposition d'un bilan médical et la mise en place d'une vaste enquête épidémiologique en santé publique qui sera confiée au professeur Salamon de l'université de Bordeaux II. Les résultats ne permettront pas d'accréditer l'existence certaine d'un syndrome de la guerre du Golfe (6). Les engagements ultérieurs des forces françaises en zone urbaine et au sein de friches industrielles en ex-Yougoslavie ont à nouveau entraîné l'exposition des combattants à des risques autres que ceux liés aux combats.

Risques environnementaux en opérations.

Trois types de risques génériques peuvent être distingués : le risque directement lié à l'emploi des armes, le risque de type professionnel transposé en opération et le risque lié à l'environnement (naturel ou industriel, biologique, chimique ou radiologique). L'enjeu le plus récent de la traçabilité consiste à bien prendre en compte le risque environnemental. De ce point de vue, le théâtre kosovar a constitué un exemple démonstratif de la diversité des risques et l'implantation à l'été 1999 des troupes françaises à proximité du complexe métallurgique et minier de Zvecan a occasionné le premier cas concret représentatif d'un risque environnemental industriel (7). Mais également les friches industrielles de proximité résultant de l'exploitation ancienne et de l'abandon des installations souvent dévastées par le conflit, recelaient des sources d'exposition potentielles à l'ammoniaque, aux acides, au pyralène ou à des sources radioactives (anciens paratonnerres). Les leçons tirées montrent l'ubiquité du risque mais aussi la dimension sociale, médiatique et humaine. La contrainte renvoie à la liberté d'action nécessaire à l'exécution de la mission. Concilier ces deux impératifs et rompre avec une dissociation caricaturale entre territoire national et théâtre d'opération qui serait mal comprise et mal acceptée par le personnel, constituent les fondements de la démarche volontaire et novatrice dans laquelle se sont engagés les états-majors. Cette nouvelle organisation dite HSO comporte une prise en compte systématisée par étapes :

– anticipation (recherche des risques potentiels, veille) ;

– évaluation et analyse des risques (*a priori* de préférence) ;

– détermination de l'acceptabilité (définition d'un seuil d'exposition tolérable) ;

– mise en place de mesures préventives adaptées et si nécessaire, en raison du risque résiduel possible, réparation du détriment sanitaire, le cas échéant grâce à une traçabilité efficace dans la durée.

Il faut cependant rappeler trois caractères particuliers des risques industriels, les deux premiers concernent pleinement les militaires déployés :

– ces risques peuvent être cumulatifs, leur impact sur la santé dépend de la durée et de l'intensité de l'exposition et il existe des interactions ;

– il existe un délai de latence qui peut être important entre l'exposition et la survenue de la maladie ;

– certains groupes humains sont plus sensibles au risque comme les femmes enceintes.

Enfin la démarche HSO s'inscrit souvent dans un cadre international et place le ministère de la Défense et des Anciens Combattants dans une situation d'exception par rapport au Code du travail ou au reste de la fonction publique dans la mesure où l'obligation de maîtrise du risque qui pèse sur l'employeur militaire est ici plus complexe du fait de l'environnement imposé et des aléas des combats. Désormais, la constante de ces opérations est qu'il convient d'apporter aux militaires et à leur entourage des réponses pertinentes aux préoccupations qui sont les leurs, d'autant que l'interrogation génère la rumeur qui se transforme bien souvent en inquiétude.

Tracabilité et indemnisation des affections survenues à l'occasion du service.

Le Code des pensions militaires d'invalidité fixe les modalités de reconnaissance et d'indemnisation des pathologies survenues à l'occasion du service en métropole ou en opération. Ces modalités reposent sur

un système de réparation par preuve. Elles sont significativement différentes de celles du système du régime général qui sont basées sur le principe de la présomption d'origine et sur les tableaux de maladies professionnelles. En effet, au ministère de la Défense, pour qu'une affection soit reconnue comme étant en relation avec le service, il faut notamment que l'infirmité ait été provoquée par un fait précis de service, que la preuve formelle soit apportée par le demandeur, et enfin que le lien de causalité soit établi sur la base d'une relation directe et essentielle. Les documents administratifs et médicaux doivent donc être fournis au militaire victime d'une affection liée au service afin qu'il puisse documenter et argumenter sa requête. Leur élaboration et leur conservation sont étroitement liées à la démarche de traçabilité. Les difficultés qui ont pu être mises en évidence dans la capacité de l'institution Défense à fournir ces documents ont donné lieu à l'interpellation du ministre lors de la 78e session du Conseil supérieur de la fonction militaire (CSFM) en octobre 2008. Elle concernait les expositions potentielles à l'amiante des officiers mariniers lors de leurs affectations à terre. À côté de ces modalités de reconnaissance et de réparation, les dispositions de la loi du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français (8) constituent une originalité en termes de réparation pour les militaires car elle se base sur un système de liste pré-établie de maladies.

Les documents permettant la traçabilité.

Les documents pour les salariés relevant du régime général.

Les supports de la traçabilité ont une finalité collective ou une vocation individuelle. Les règles qui régissent leur élaboration, leur consultation, leur transmission ou leur conservation diffèrent selon les risques répertoriés dans le livre 4 (prévention de certains risques professionnels) de la quatrième partie du Code du travail (santé et sécurité au travail). Ces supports sont décrits dans les parties traitant des risques chimiques, des risques biologiques, des risques d'exposition au bruit, aux vibrations mécaniques, aux rayonnements et ceux relatifs au milieu hyperbare.

Documents relevant de la responsabilité des employeurs.

Ils trouvent leur origine dans la démarche globale d'évaluation et d'identification des risques initiée par la directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989. Le document unique d'évaluation des risques est le premier de ces documents. Il a été rendu obligatoire en 2001 par décret (9) puis transposé dans le Code du travail aux articles R4121-1 à R4121-4. Ce document a pour objet de transcrire les résultats de l'EvRP. Il est communicable au médecin du travail. C'est sa mise à jour, au moins annuelle, et la conservation des différentes mises à jour qui en fait un document de traçabilité. En fonction des risques identifiés au cours de l'EvRP, l'employeur doit établir d'autres documents qui participent à l'exigence de traçabilité. Nous passerons en revue les documents devant être établis pour les salariés exposés aux agents chimiques dangereux (ACD) et aux rayonnements ionisants. Pour les salariés exposés aux agents chimiques dangereux, les documents sont les suivants :

– la liste actualisée des personnels exposés : elle précise la nature de l'exposition aux ACD, sa durée ainsi que son degré s'il est connu à l'issue des contrôles réalisés (article R4412-40). Cette disposition s'applique uniquement si la réalité du risque est mise en évidence pour les agents chimiques dangereux et pour les cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) de catégorie 3, obligatoirement pour les CMR de catégorie 1 et 2 tels que définis à l'article R4412-60 mais aussi aux procédés industriels définis comme tels dans un arrêté spécifique (10), ainsi que pour l'amiante ;

– la notice de poste : elle est établie pour satisfaire à l'obligation d'information, pour toute exposition à des ACD (article R4412-39) lorsque l'EvRP conclut à un risque non faible et, comme précédemment, pour les agents CMR 1 et 2 et pour l'amiante ainsi que pour les rayonnements ionisants ;

– la fiche individuelle d'exposition : elle est renseignée pour chaque travailleur exposé à, au moins, un ACD (article R4412-41) et donc aussi aux CMR. La fiche individuelle d'exposition comprend la nature du travail effectué (descriptif des tâches susceptibles d'être exposantes), les caractéristiques des produits (liste des ACD concernés, phrases de risques, valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) si elles existent, les périodes d'exposition, les autres risques ou nuisances au poste de travail). Elle comprend également les dates et les résultats des contrôles d'exposition au poste de travail. Le double de cette fiche est transmis au médecin du travail qui la conserve dans le dossier médical du travail du salarié (article R4412-42). Cette fiche est établie également pour les risques radiologiques et pour l'amiante, elle précisera dans ce cas les équipements de protection collective et individuelle utilisés ;

– l'attestation d'exposition : cette attestation est remplie par l'employeur et le médecin du travail. Elle est remise au travailleur à son départ de l'établissement, quel qu'en soit le motif (article R4412-58). Elle doit contenir obligatoirement au moins les informations concernant l'exposition postérieure à l'entrée en vigueur du décret du 1er février 2001 relatif aux CMR (11) et du décret du 23 décembre 2003 relatif aux agents chimiques dangereux (12).

Concernant l'exposition antérieure, il est vivement recommandé d'y faire figurer toutes les informations à la disposition de l'employeur et du médecin. Cette attestation d'exposition a été mise en place par des dispositions du Code de la Sécurité sociale datant de 1995 (13) afin de permettre le suivi médical post-professionnel de toute personne qui a été exposée à des agents cancérogènes (comme les fibres d'amiante et les rayonnements ionisants). Cette disposition a été reprise et étendue par le Code du travail aux ACD. Elle présente également un intérêt pour la reconnaissance des maladies professionnelles. Pour les salariés exposés aux

rayonnements ionisants, le dispositif de traçabilité repose sur les principes et les documents suivants :

– le classement en catégorie A et B : l'employeur identifie et classe les salariés selon les doses efficaces susceptibles d'être reçues annuellement dans des conditions normales de travail en deux catégories (A ou B) ;

– le suivi dosimétrique individuel : il est obligatoire et est réalisé grâce à la dosimétrie passive et/ou opérationnelle. De plus, une fiche d'exposition doit être tenue à jour ;

– la carte individuelle de suivi médical : elle est délivrée et mise à jour par le médecin du travail ;

– le système d'information et de surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI) : il a été mis en place par l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) en 2003 ; il permet de centraliser, traiter et restituer aux médecins du travail et aux personnes compétentes en radioprotection les informations de la dosimétrie individuelle des travailleurs exposés, afin d'optimiser la surveillance médicale et la radioprotection de ces travailleurs. Les mesures d'exposition sont transmises au système SISERI via Internet.

À l'heure actuelle, on peut affirmer que le système de traçabilité des rayonnements ionisants est le plus « parfait » et le plus effectif. Il est le fruit de décennies d'expérience. Mais il réunit un nombre d'acteurs limité, un très grand donneur d'ordre (EDF) et des entreprises intervenantes spécialisées et ne vise qu'une population déterminée de salariés. Il réunit toutes les conditions nécessaires de la traçabilité, à savoir :

– une définition précise de l'exposition à tracer, en l'occurrence la « dose » qui traduit toutes les formes d'exposition et les risques correspondants ;

– une métrologie adaptée à la nuisance à mesurer ;

– des moyens simples et généralisables pour savoir évaluer la dose ;

– une réglementation applicable à tous les secteurs d'activités concernés ;

– une organisation, dans et hors de l'entreprise, dédiée à la radioprotection ;

– un outil de centralisation des données.

Documents relevant de la responsabilité des médecins du travail.

Dossier médical et données individuelles.

Au moment de l'embauche le médecin constitue un dossier médical qui en médecine du travail prend le nom de dossier médical en santé au travail (DMST). Ce dossier est complété après chaque examen médical ultérieur (article D4624-46). Les informations contenues dans le dossier médical contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles, des informations et conseils de prévention délivrés au travailleur, des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi. Si nécessaire, il doit contenir le double des fiches individuelles d'exposition transmises par l'employeur. Le suivi médical pour les travailleurs exposés aux risques CMR est encadré par la surveillance médicale renforcée (SMR) (article R4624-19). Le médecin du travail établit une fiche d'aptitude attestant que le travailleur ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux (article R4412-44). Cette fiche d'aptitude doit comporter la date de l'étude du poste de travail et celle de la dernière mise à jour de la fiche d'entreprise (article R4412-47). On retrouve cette obligation pour d'autres risques comme l'amiante ou les rayonnements ionisants. Ce dossier, lorsque le travailleur est exposé aux risques CMR, doit être conservé durant une période de 50 ans après la fin de la période d'exposition (article R4412-55). Bien que la réglementation ne le précise pas, par nature, les données individuelles transmises par l'employeur ont vocation à être archivées dans le dossier médical ainsi que certaines données collectives. Parmi les objectifs des recommandations de bonnes pratiques formulées par la Haute autorité de santé (HAS) en janvier 2009 concernant le DMST figure de manière appuyée la traçabilité des expositions professionnelles, des données de santé et des informations, propositions et avis délivrés aux travailleurs par le médecin du travail (14). Outre les expositions professionnelles qui se rapportent aux intitulés précis de postes de travail, au descriptif des activités et tâches effectuées et à la nature des risques identifiés, d'autres renseignements peuvent trouver leur pertinence comme l'existence d'une contraception en cas d'exposition à des reprotoxiques ou les vaccinations en lien avec des expositions environnementales comme chez les plongeurs. Également les données des examens paracliniques doivent nécessairement selon l'HAS comporter la nature, la date, les motifs de prescription et le résultat et si besoin les conditions de réalisation ou le motif de non réalisation. Les avis éventuels de spécialistes concernant le suivi d'une pathologie spécifique dans le cadre de l'évaluation du lien entre l'état de santé et le poste de travail ou la recherche de contre indications doivent être insérés dans le DMST. À l'issue des examens médicaux le médecin informe le personnel, fait si nécessaire des propositions et rend un avis d'aptitude. À ce titre devraient être colligés dans le DMST (recommandations HAS) les propositions d'amélioration ou d'adaptation de poste, de reclassement, les vaccinations prescrites ou réalisées, les modalités de surveillance médicale renforcée (SMR), notamment la périodicité proposée par le médecin. Les déclarations d'accident du travail et les maladies professionnelles en l'état actuel de la réglementation ne sont pas communiquées de manière obligatoire, sauf pour les agents biologiques, au médecin du travail. La généralisation de cette disposition fait partie des recommandations de l'HAS. Mais l'objectif est plutôt dans ce cas la prévention à visée collective. La conservation du DMST vise donc à assurer :

– la continuité du suivi médical du travailleur tout au long de sa prise en charge par le Service de santé au travail ;

– la traçabilité des expositions professionnelles, des conditions de travail et des données sanitaires, dans le respect du secret professionnel.

Le dossier doit être conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et garantissant la confidentialité des données. Le support d'archivage

doit permettre la pérennité des données et être compatible avec les obligations réglementaires en matière de conservation des données. La possibilité de transfert doit être intégrée dans les différents logiciels avec un format qui doit être le plus largement compatible. Il est rappelé qu'en santé au travail, il n'existe pas de règle générale concernant la durée de conservation des dossiers médicaux. En revanche, il existe des règles spécifiques en fonction de certains risques auxquels le travailleur est exposé (tab. I).

Tableau I. Durée de conservation des dossiers médicaux en santé au travail en fonction de la nature du risque.

Nature du risque	Durée de conservation après la fin de l'exposition
Agents biologiques pathogènes (art. R.4426-9 du Code du travail (CT))	10-40 ans*
Agents chimiques dangereux et agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) (art. R.4412-55 du CT)	50 ans
Milieu hyperbare (art. 35 du décret n° 90-277 du 28 mars 1990, version consolidée au 22 juin 2001)	20 ans
Rayonnements ionisants (art. R. 4454-9 du CT)	50 ans

*40 ans lorsque les agents biologiques sont susceptibles de provoquer des maladies présentant une longue période d'incubation.

Au total, qu'il soit sous forme papier ou électronique, le dossier médical devrait permettre d'enregistrer les mêmes informations essentielles (4) :

– l'identification administrative du personnel ;

– l'identification de l'organisme ou des organismes successifs d'emploi et des différents médecins de prévention ;

– les éléments permettant de caractériser les postes de travail successifs et les exemplaires des FEN associées ou non aux fiches d'exposition ;

– le type de surveillance médicale dont il bénéficie ;

– les antécédents médicaux personnels et le calendrier professionnel ;

– les résultats des examens complémentaires, des analyses et des mesures des expositions réalisées au poste de travail ;

– les correspondances avec les professionnels de santé ;

– l'historique des visites médicales avec indication des constatations faites et des conseils de prévention donnés ;

– les fiches médicales d'aptitude et les avis d'aptitude prononcés lors de l'examen clinique initial et lors des examens médicaux ultérieurs ;

– la copie des attestations d'exposition.

Documents où sont colligées des données collectives.

– Le plan annuel d'activité : le médecin du travail établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail qui porte sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions de travail ;

– le rapport annuel d'activité : chaque médecin du travail élabore chaque année un rapport annuel d'activité concernant le personnel qu'il surveille. Le modèle réglementaire prévu à cet effet contient des éléments relatifs à l'ensemble des risques professionnels répertoriés au titre de l'année écoulée ;

– la fiche d'entreprise : le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise conformément à l'article D4624-37. La rédaction de cette fiche est de la seule compétence et responsabilité du médecin. Il est libre d'y consigner tous les éléments quantitatifs et qualitatifs qu'il estime nécessaires en matière de risques professionnels et d'effectifs salariés exposés. Cette fiche est transmise au chef d'organisme, un exemplaire est conservé par le service médical et elle est tenue à la disposition de l'inspection du travail.

Les supports pour le personnel militaire.

Les supports de la traçabilité au profit des militaires sont assez similaires à ceux mis en place pour les travailleurs relevant du Code du travail tant pour ce qui relève de l'employeur, qui prend le nom de chef d'organisme au ministère, que pour ce qui relève du médecin du travail, qui prend le nom de médecin de prévention comme dans le reste de la fonction publique (à l'exception de la fonction publique hospitalière), ou des deux conjointement (tab. II).

Supports relevant des chefs d'organismes.

Les supports prévus par le Code du travail sont assez similaires au ministère de la Défense mais peuvent être aménagés ou complétés par des documents spécifiques.

Le document d'analyse des risques ou DAR (15) est la transposition, au ministère de la Défense, du document unique, conformément au décret de 1985 (1, 2).

La fiche d'exposition pour des nuisances particulières (16) a été mise en place en 2007 par voie d'instruction. Les informations mentionnées dans la fiche sont les mêmes que celles figurant à l'article R4412-41 du Code du travail. Dans le cas particulier du risque radiologique, si les dispositions du droit commun s'appliquent intégralement, la fiche individuelle d'exposition dont le modèle n'est pas imposé, a donné lieu à l'élaboration d'une fiche spécifique au ministère de la Défense. Cette fiche, dénommée FEAPERI (Fiche d'exposition et d'aptitude du personnel exposé aux rayonnements ionisants) comporte des renseignements sur l'exposition (à charge de la personne compétente en radioprotection) mais aussi sur les examens médicaux pratiqués et sur la décision d'aptitude. Un exemplaire est adressé au Service de protection radiologique des armées (SPRA) pour archivage et l'autre reste dans le dossier médical des intéressés. Elle permettra de constituer un dossier spécial partie intégrante du dossier médical, le Dossier médico radio biologique (DMRB) qui permet un archivage spécifique des examens pratiqués au cours du suivi médical particulier découlant de l'exposition aux rayonnements ionisants.

Le suivi médical post-professionnel du personnel militaire va faire l'objet d'un décret spécifique

Tableau II. Documents permettant d'établir la traçabilité des expositions professionnelles.

	Agents chimiques dangereux (dont CMR et amiante)	Risques biologiques	Bruit	Vibrations mécaniques	RI*	ROA**	CEM***	Milieu hyperbare
Liste des agents exposés	X (1, 4)	X (3)	0	0	X (3)	X (1, 4)	X (1, 4)	0
Notice	X (1, 5)	0	0	0	X (1, 5)	X (1, 5)	0	0
Document unique	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)	X (1, 5)
Fiche individuelle	X (1, 4)	0	0	0	X (1, 4)	X (1, 4)	0	0
Attestation	X (3)	0	0	0	X (3)	0	0	0
Résultats des mesurages	X (1, 4)	0	X (1, 4)	X (1, 5)	X (1, 4)	X (1, 4)	X (1, 5)	0
Dossier spécial	X (2)	X (2)	X (2)	0	X (2)	X (2)	X (2)	X (2)
Fiche surexposition							X (1, 2)	

*RI : Rayonnements ionisants ROA** : Rayonnements optiques artificiels CEM*** : Champs électro-magnétiques
(1) établi par l'employeur, (2) établi par le médecin, (3) établi conjointement, (4) transmis au médecin, (5) consultable par le médecin

actuellement en cours de validation auprès des ministères compétents. Il se calque sur les procédures existantes dans le droit commun issues du Code de la Sécurité sociale et déjà transposées pour les agents contractuels et les ouvriers d'état et pour les fonctionnaires dans un contexte interministériel. On retrouvera là aussi l'élaboration d'une attestation d'exposition.

Les fiches emploi-nuisances (FEN) ont été mises en place par voie d'instruction (17) fin 2001 pour les personnels militaires selon des modalités d'application propres à chaque armée et service. Élaborée sous la responsabilité des chefs d'organismes, l'original de la fiche est conservé dans le dossier administratif du personnel, une copie est transmise au médecin et doit être archivée dans le dossier médical. Annuellement actualisée, elle reprend les risques et nuisances liées au poste de travail occupé par les intéressés au cours de l'année. Elle mentionne aussi des activités ou des situations particulières. Visée par le militaire concerné, elle permet ainsi au chef d'organisme de satisfaire à son obligation d'information. Enfin, elle doit conduire à réaliser une surveillance médicale renforcée adaptée aux risques et aux expositions réelles. Se voulant exhaustive, elle permet le recensement des expositions habituelles mais aussi occasionnelles.

Dans le contexte spécifique de l'HSO, la traçabilité est expressément mentionnée dans l'instruction de 2005 (3) comme une priorité faisant partie des responsabilités des commandants de formations déployées. Elle consiste à assurer la traçabilité des expositions individuelles et collectives par la tenue des Journaux de marche et d'opération (JMO) et par l'élaboration des FEN. Les commandants de formations disposent pour ce faire d'un chargé de prévention. Il existe aussi un conseiller à la prévention de théâtre, qui doit rédiger, en fin d'opération, un Rapport de retour d'expérience (RETEX) portant sur l'ensemble des activités en relation avec tous les domaines de la prévention des risques.

Supports relevant des médecins de prévention.

La médecine de prévention pour les personnels militaires est intégrée à la médecine d'armée et les prestations délivrées doivent être identiques à celles dont bénéficie le personnel civil. Il convient de souligner que la démarche HSO englobe depuis 2005 le risque environnemental et répond donc déjà sur ce point aux recommandations de l'HAS sur le contenu du dossier médical en santé au travail, au travers du recueil des FEN rédigées à cette occasion. De même, les rayonnements hyperfréquences auxquels peuvent être exposés les personnels militaires constituent aussi une particularité au ministère en raison de textes spécifiques (18, 19) qui mettent en place un formulaire établi par le chargé de prévention en lien avec le médecin en cas de suspicion d'accident de surexposition (séjour en zone rouge et plaintes médicales de l'intéressé). Ce formulaire sera naturellement archivé dans le dossier médical des intéressés. En revanche, l'actuel certificat médical d'aptitude pour le personnel militaire (modèle 620-4*/1) ne reprend pas de manière aussi explicite que le modèle 628*/8 dédié au personnel civil l'obligation de mentionner le cas échéant l'absence de contre indication (CI), une réflexion est en cours dans le cadre de la mise en place du logiciel unique médico-militaire (LUMM). De même, la fiche d'établissement ne revêt pas actuellement un caractère d'obligation pour ce qui concerne les personnels militaires.

Propositions.

Les supports (tab. II) qui ont été progressivement mis en place par la réglementation permettent de répondre aux exigences de traçabilité et de prévention au profit du personnel militaire. Ils concernent le chef d'organisme et les services de médecine de prévention. Pour ces derniers, ces informations doivent permettre de préserver la santé des effectifs grâce à un suivi médical adapté et des conseils en matière de maîtrise des risques professionnels

sur le terrain. Cependant, dans le rapport Lejeune d'octobre 2008 (20), rédigé à la demande du ministère du Travail, l'application insuffisante des dispositions en vigueur est soulignée. Les supports permettant de satisfaire aux exigences de traçabilité ont été globalement transposés en tenant compte des spécificités administratives pour les personnels militaires soumis à une surveillance médicale renforcée, à l'exception de la fiche d'établissement. D'autres documents propres au ministère, comme nous l'avons vu, enrichissent déjà ce *corpus* documentaire. À ce titre, la FEN est une pièce majeure sous réserve d'être correctement établie. De plus, les mesures d'amélioration de la traçabilité ne dépendent pas toutes du SSA. Une grande partie d'entre elles relève de la responsabilité du commandement comme notamment le respect des prescriptions réglementaires qui permettent la réalisation de la démarche. Les difficultés de constitution de dossier de demande de pension au titre de l'amiante pour des expositions anciennes illustrent ce constat. Le contexte des OPEX est certainement une situation où la maîtrise des risques peut se compliquer. L'évaluation, la quantification, le recensement sur un théâtre stabilisé comme le Kosovo se prêtaient naturellement à une expérimentation de la démarche HSO avec les meilleures chances de succès. La transposition peut s'avérer plus contraignante à d'autres moments. Au regard de ces constats, les propositions n'iront pas dans le sens de la création de nouveaux supports. Aussi, les propositions d'amélioration de la traçabilité des expositions pour les militaires pourraient être les suivantes :

– informatisation et harmonisation du dispositif des FEN : le traitement informatisé des FEN devrait permettre, à terme, une action de simplification et d'uniformisation améliorant les conditions d'information des militaires et les modalités de conservation des données ;

– mise en place d'une visite de fin d'exposition : cette action serait à la charge des médecins de prévention et consisterait à réaliser un état des lieux dans certaines circonstances, surtout en raison de la mobilité géographique et professionnelle du personnel, mais aussi dans le cadre des restructurations passées ou à venir. Ce principe existe déjà au ministère dans le cadre des rayonnements ionisants qui met en place une visite de fin d'exposition. De même, cette solution préconisée en milieu civil pour déterminer les bilans post professionnels ou post exposition à l'amiante a été reprise dans la conférence de consensus de janvier 2010 (21). On la retrouve aussi dans le rapport Lejeune et dans le rapport Conso Frimat sur la réforme de la médecine du travail (22). Les circonstances à retenir sont les évolutions professionnelles marquantes (changement de corps ou de spécialité, départ de l'institution) et l'âge de 50 ans qui semble correspondre à un moment favorable au regard des pathologies et des expositions se rapportant à des latences importantes ;

– réalisation d'un parcours professionnel couplé aux expositions à risque : il constituerait à terme un *curriculum laboris* élaboré sous forme d'un dossier spécial annexé au livret médical comme l'a été le dossier médico radio biologique (DMRB) ;

– réalisation d'un questionnaire standardisé lors de la visite de fin de service : les résultats de ce questionnaire seront insérés dans le livret médical et favoriseront la réalisation d'une veille épidémiologique ou la constitution de matrices emploi exposition sur le mode de l'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions à risque). Ce questionnaire pourrait s'inspirer de la démarche SPIRALE, il s'agit d'un auto questionnaire (amiante, poussière de bois) permettant d'établir un véritable calendrier professionnel *a posteriori* en identifiant et en quantifiant l'exposition (23) ;

– insertion dans le livret médical des données objectives sur les expositions : l'objectif serait de mieux alimenter le livret médical à partir des données collectives obtenues par le médecin de prévention ou par les données issues du terrain qui lui sont transmises.

Cependant, comme l'évoque le rapport Lejeune il faut prioriser dans le temps la mise en place, en portant l'effort dans un premier temps sur les CMR et l'amiante. Naturellement au côté des médecins, l'implication pratique des personnels infirmiers dans toutes ces démarches peut s'inscrire dans les évolutions probables de cette profession. En outre les conditions d'exercice non exclusif par les médecins des armées trouvent ici tout leur intérêt en réalisant l'unicité médicale activité de soins/actions de prévention à ce jour difficile à obtenir en milieu privé. Ce lien avec le médecin traitant, nécessaire à un parcours de soin global, figure dans le rapport Lejeune. Il s'agit donc là d'une situation particulièrement favorable et spécifique au ministère.

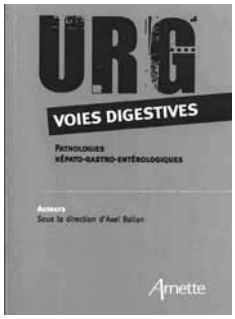
Conclusion.

La mise en œuvre de la traçabilité fait partie des bonnes pratiques des intervenants dans le domaine de la santé et la sécurité au travail et des médecins de prévention. Elle réclame rigueur et méthode, mais aussi motivation et persévérance de leur part. En matière de prévention des risques professionnels, le personnel militaire exprime les mêmes attentes que le reste de la population. À ce titre, les expositions spécifiques en service courant et lors des OPEX méritent une attention toute particulière comme l'ont démontré plusieurs crises sanitaires dans le passé. Le respect de la réglementation existante complétée par des dispositions qui la transposent dans le cadre de l'HSO doit rester l'axe prioritaire. L'amélioration ne viendra pas de la multiplication des supports mais des modalités de leur mise en œuvre malgré les difficultés pratiques rencontrées sur le terrain. Enfin l'actualité permet d'évoquer que demain la traçabilité s'étendra à la pénibilité dans l'exercice professionnel avec les enjeux sociaux qui en découlent (24). Les militaires ne sont *a priori* pas exclus de ces évolutions. Dans ce cadre, les praticiens des armées, en charge de la médecine de prévention des militaires, pourraient comme leurs confrères en charge des personnels civils, participer avec les chefs d'organisme à la rédaction du « document d'exposition » qui retracera pour chaque personnel les expositions à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Décret 85-755 du 19 juillet 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la Défense. JO du 21 juillet 1985:8292.
2. Décret 97-239 du 12 mars 1997 modifiant le décret 85-755 du 19 juillet 1985 relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la Défense. JO du 18 mars 1997:4215.
3. IM N° 1826/DEF/EMA/SLI/PSE relative à l'organisation de la prévention au profit du personnel militaire au sein des forces servant en opération du 13 septembre 2005.
4. IM N° 1230/DEF/DCSSA/AST/SST/MP relative à l'exercice de la médecine de prévention au ministère de la Défense du 26 avril 2007.
5. Bismuth C, Gueye PN. Syndrome de la guerre du Golfe. Encyclopédie méd chir (Elsevier, Paris) Toxicologie-pathologie professionnelle, 16-650-A-2;1998.
6. Salamon R, Verret C, Jutand MA, Bégassat M, Laoudj F, Conso F, et al. Health consequences of the First Persian Gulf War on French troops. International Journal of Epidemiology 2006;35:479-87.
7. Cuney T, Boulais C, Olichon D, Ledrans M, Rudelle D, Brunot J, et al. Évaluation et surveillance de l'exposition au plomb des militaires français à Mitrovica, Kosovo. BEH 2002, 34:165-7.
8. Loi N° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français. JO n° 4 du 6 janvier 2010.
9. Décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L.230-2 du Code du travail et modifiant le Code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État). JO du 7 novembre 2001:17523.
10. Arrêté du 13 juillet 2006 modifiant l'arrêté du 5 janvier 1993 fixant la liste des substances, préparations et procédés cancérogènes au sens du deuxième alinéa de l'article R. 231-56 du Code du travail. JO n° 174 du 29 juillet 2006:11304.
11. Décret 2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR). JO n° 29 du 3 février 2001:1866.
12. Décret 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique et modifiant le Code du travail. JO n° 300 du 28 décembre 2003:22329.
13. Arrêté du 28 février 1995 pris en application de l'article D. 461-25 du code de la sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérogènes. JORF n° 69 du 22 mars 1995 page 4474.
14. Le dossier médical en santé au travail – Haute autorité de santé – Recommandations janvier 2009.
15. Arrêté relatif à l'organisation de la prévention au bénéfice du personnel civil et du personnel militaire du ministère de la Défense (à jour de son 1er modificatif du 3 décembre 2003) du 15 avril 1997. BOC, 2004:607.
16. Instruction N°300320/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 15 février 2007 modifiant l'instruction N° 303747/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 17 décembre 2001 relative aux fiches emploi-nuisances mises en œuvre dans les organismes du ministère de la Défense et au suivi réglementaire d'exposition des agents. BOC, n° 14 du 19 juin 2007, texte n° 11.
17. Instruction N° 303747/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 17 décembre 2001 relative aux fiches emploi-nuisances mises en œuvre dans les organismes du ministère de la Défense et au suivi réglementaire d'exposition des agents. BOC, 2002, p. 730.
18. Instruction n° 302143/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 18 août 2003 relative à la protection des personnes contre les effets des champs électromagnétiques émis par les équipements ou installations relevant du ministère de la Défense. BOC, 2003, p. 6299.
19. Instruction n° 2900/DEF/DCSSA/AST/SST/MP du 12 octobre 2005 relative à la surveillance médicale des personnels du ministère de la Défense exposés aux champs électromagnétiques de 0 Hz à 300 GHz. BOC, 2005: 7269. Modifiée par l'instruction N° 1250/DEF/DCSSA/AST/SST/MP du 27 avril 2007 (BOC n° 18, texte n° 27).
20. Lejeune D. La traçabilité des expositions professionnelles – Rapport de l'inspection générale des affaires sociales RM 2008-108P – octobre 2008.
21. Recommandations de la haute autorité de santé avril 2010 : suivi post professionnel amiante.
22. Rapport IGAS IGAENR Conso F. Frimat P. octobre 2007 sur le bilan de la réforme de la médecine du travail.
23. Enquête SPIRALE équipe risques post professionnels-cohorte du cetaf (unité 687 Inserm-Cnamts).
24. Loi 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. JO n° 0261 du 10 novembre 2010:20034.

VIENT DE PARAÎTRE



URG' VOIES DIGESTIVES

Pathologies hépato-gastro-entérologiques

Sous la direction d'Axel BALIAN

La gestion des urgences digestives est multidisciplinaire, faisant collaborer étroitement les auteurs des services des urgences, chirurgie, gastro-entérologie, radiologie. Ce volume est destiné aux médecins seniors, infirmières, internes, externes… de ces différentes unités.
Le livre a un but simple ; fournir une information claire, simple, directe et honnête sur les spécialités que sont l'hépato-gastro-entérologie et les endoscopies digestives. Dans le cadre de l'urgence, l'ouvrage aidera à mieux comprendre les différentes options diagnostiques et thérapeutiques possibles pour une pathologie donnée.
En effet, n'importe qui, de garde, peut se retrouver confronté à une pathologie digestive plus ou moins urgente à diagnostiquer et/ou à traiter. Pour cela, il faut savoir agir vite, prescrire les bons examens complémentaires, préparer le malade, contacter éventuellement la bonne personne, instituer le traitement.
Très illustrées, les fiches pratiques des maladies sont forcément et volontairement concises afin de permettre des décisions rapides et orientations certaines.

ISBN : 978 2 7184 1266 5 – Format : 131x18cm – Pages : 216 – Prix : 39 € – ***Éditions ARNETTE® – Wolters Kulwer France****, 1 rue Eugène et Armand Peugeot – 92856 Rueil-Malmaison. Tél. : 01 76 733 726 – jpauge@wolters-kluwer.fr*

VIENT DE PARAÎTRE



URG' DE GARDE

Conduites à tenir aux urgences : les protocoles d'Avicenne 2011-2012

Coordination Frédéric ADNET

Le médecin et l'interne de garde aux urgences hospitalières doivent prendre des décisions thérapeutiques souvent décisives, qui se caractérisent par la rapidité de leur mise en œuvre, par les conséquences parfois majeures des traitements institués et enfin par la grande diversité des situations rencontrées.
Le seuil de décision thérapeutique obéit à une loi probabiliste en additionnant la probabilité de l'examen clinique et celle post-test des résultats des examens complémentaires. Dès que cette probabilité dépasse un certain seuil, il convient d'instituer, rapidement, le traitement et de mettre en œuvre les outils d'une surveillance rapprochée.
La médecine d'urgence est la science de l'aigu, ce qui en fait une spécialité au carrefour de toutes les spécialités médicales en se focalisant sur la décompensation rapide d'un organe qui relève d'une spécialité médicale. Ce « carrefour de l'aigu » de toutes les spécialités médicales et chirurgicales fait la richesse mais aussi la complexité des situations d'urgence à gérer. Cette complexité peut placer le médecin de garde dans une situation difficile.
Urg'de garde, guide des protocoles thérapeutiques de médecine d'urgence, trouve ainsi sa place comme une aide à la prise en charge d'un patient aux urgences. Ces protocoles d'Avicenne, et leur version Iphone®, complets et actualisés annuellement, deviennent ainsi l'outil indispensable de la décision professionnelle du médecin et de l'interne… et un réconfort particulier lorsque débute la redoutable nuit de garde.

ISBN : 978 2 7184 1262 79 – Format : 131x18cm – Pages : 158 – Prix : 34 € – ***Éditions ARNETTE® – Wolters Kulwer France****, 1 rue Eugène et Armand Peugeot – 92856 Rueil-Malmaison. Tél. : 01 76 733 726 – jpauge@wolters-kluwer.fr*