

Disponible en ligne sur

 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

↓ Communications orales

To4-CO1-1

Quels acteurs pour « éviter toute altération de la santé du fait du travail » dans les services inter-entreprises de santé au travail ?

C. Crouzet
SRAS, Toulouse, France

Depuis 1946, la médecine du travail consiste à conseiller l'employeur et ses salariés à éviter toute altération de la santé du fait du travail. Depuis la Directive européenne de 1989, la médecine du travail est amenée à évoluer notamment en priorisant la prévention primaire. La mise en demeure de la France par la CEE en 1997, pour satisfaire totalement à l'article 7 de cette Directive nous oblige à prendre en compte l'article 6, ce qui change tout. Ainsi en 2002/2004, l'introduction de la pluridisciplinarité transforme les services en Services Inter-entreprises de Santé au Travail (SIST).

Dans les SIST, 95 % d'entreprises ont moins de 50 salariés, ce qui (avec la même réglementation) représente un exercice totalement différent par rapport aux services de santé autonomes.

Le médecin de service autonome a un employeur (c.à.d. un décideur) avec des structures relais pour la mise en place de la prévention (CHSCT, DP, responsable de sécurité...).

À l'inverse, le médecin de SIST a entre 250 et 700 entreprises ! Il doit les convaincre puis conseiller chaque employeur. Celui-ci a très peu de compétence interne en gestion des risques, pour améliorer les conditions de travail. Le SIST, avec ces nouveaux acteurs (IPRP), doit redéfinir son fonctionnement.

Ces acteurs des SIST sont des préventeurs internes des entreprises : ce sont les employeurs, les salariés, le médecin, les IPRP, l'assistant/l'infirmier, l'assistante sociale. Ils ont un rôle dès la prévention des risques jusqu'à la veille sanitaire santé travail. Se pose alors un problème de formation des acteurs des SIST et des choix adaptés des IPRP à la population en charge.

L'entreprise (employeur et salariés) : mettre en place une culture de la prévention.

L'IPRP a double compétence :

- c'est un intervenant, on est dans l'action ;
- en prévention : le constat, l'audit, l'étude de poste... ne suffisent plus. Il faut qu'il soit en mesure de connaître les métiers et savoir anticiper l'apparition des situations à risque (organisation) ;
- risques professionnels avec notamment la prise en compte de la co-activité.

Le médecin, homme pivot du SIST, doit connaître la psychopathologie, la psychodynamique du travail, la clinique du travail. Mais aussi l'épidémiologie et savoir mettre en place des indicateurs prévention santé travail pour assurer une réelle veille sanitaire santé travail et permettre de participer aux orientations des actions du SIST.

Avoir une approche globale et simultanée par des compétences médicales, techniques et organisationnelles suppose de savoir travailler ensemble pour accompagner l'entreprise dans son évolution en matière d'amélioration des conditions de travail.

To4-CO1-2

Le Centre de demain : une réflexion menée par le CMIE, service de santé au travail francilien

O. Jouini*, C. Barry, V. Cornu, P. Siri
Centre médical interentreprises Europe (CMIE), Paris, France

* Auteur correspondant.

Introduction.— Afin d'anticiper l'évolution de la santé au travail vers une approche plus collective et ce dans un contexte de pénurie de médecins du travail, le CMIE, service interentreprises de santé au travail francilien, a mené une réflexion sur son Centre de demain : activités, compétences nécessaires, composition de l'équipe, fonctionnement, management, modes de communication et moyens alloués.

Méthode.— Animé par un cabinet de conseil, un séminaire s'est tenu fin 2008. Deux groupes autonomes, constitués chacun de 4 médecins du travail, 3 secrétaires, 2 pluridisciplinaires, 1 infirmière et 2 assistantes sociales, ont travaillé dans cet objectif.

Résultats.— Le Centre de demain (15 à 20 000 salariés pris en charge) évolue vers une approche préventive plus collective et plus ciblée sur des priorités en termes d'activités et de risques professionnels. La santé au travail de demain implique un renforcement de la connaissance de l'entreprise (expertise pluridisciplinaire, partage renforcé de la connaissance et des savoir-faire). La construction d'une équipe pluridisciplinaire vise à enrichir l'activité de chacun, développer ses compétences, faciliter la délégation des tâches, en vue d'améliorer le service rendu aux adhérents. Une communication renforcée auprès des entreprises, précisant le rôle des différents acteurs et de leurs missions, sera indispensable afin de faciliter les échanges.

Cela nécessite de lever les résistances internes et externes au changement, de réorganiser l'activité (harmonisation des pratiques, instauration d'un management de centre, rationalisation de l'organisation, adaptation des locaux), de développer la formation des secrétaires médicales et chauffeurs (examens complémentaires, législation...) et de renforcer la pluridisciplinarité en intégrant les IPRP dans les centres, en s'appuyant sur les moyens suivants : une équipe pluridisciplinaire, la nécessité d'une coordination administrative et médicale dans le centre, l'organisation des examens cliniques (entretiens médicoprofessionnels) et des actions en milieu de travail, l'importance des travaux collectifs, le renforcement de la communication entre les centres, le siège et les adhérents, ainsi qu'avec les autres services, la mise en place de centres référents par secteurs d'activité ou thèmes.

Conclusion.– Cette réflexion a permis d'élaborer un fond commun, basé sur le renforcement de la pluridisciplinarité et la coordination administrative et médicale du centre, ainsi que des actions de prévention ciblées en fonction de la connaissance des entreprises, du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Ce séminaire, en faisant collaborer différents métiers, est une première mise en pratique de ce que sera le Centre de demain.

To4-CO1-3

Coopération de tous les acteurs des services interentreprises de santé au travail d'une région : l'exemple de l'association Picardie Santé Travail

C. Pila^a*, J. Bigot^b, G. Araszkiwicz^c, L. Trainaud^d, D. Clair^b
^a MTA, Saint-Quentin, France ; ^b GASTBTP, Reims, France ; ^c SMIBTP, Beauvais, France ; ^d Asmis, Amiens, France
 * Auteur correspondant.

Nous rapportons ici une expérience originale de coopération régionale entre les acteurs de la santé au travail (ST) des services interentreprises (SSTIE) à travers la création de l'association Picardie Santé Travail.

La Picardie compte 9 SSTIE, soit 159 médecins du travail et 82 intervenants ST.

L'association, créée en 2007 sous l'impulsion de l'ARAMIE (association fédérant les 9 SSTIE), a pour objet de favoriser les échanges entre les préventeurs, promouvoir des actions en ST en réseau à l'échelon régional et représenter les acteurs de la ST auprès des instances : DRTEFP, CRPRP, ORST... Elle est composée de 21 membres, médecins du travail et IPRP mandatés par les SST, tous chargés de déployer dans leurs services respectifs les actions engagées. Le travail s'effectue en réunions, préparé en commissions et par échanges informatiques. Ses méthodes sont basées sur la conduite de projets.

L'association s'est depuis sa création impliquée dans plusieurs projets :

- enquête-action sur les violences externes ;
- collecte d'indicateurs régionaux ;
- support régional de l'observatoire EVREST ;
- participation à la réalisation d'un Atlas régional de la santé au travail.

Elle travaille actuellement au lancement d'une grande enquête-action sur le travail temporaire.

L'association s'est fait rapidement connaître grâce à son site Internet (<http://picardiesantetravail.fr>). Elle est actuellement reconnue comme un partenaire régional de la ST, s'exprimant souvent au sein des instances.

La spécificité du réseau Picardie Santé Travail est d'être capable d'impliquer sur le terrain un très grand nombre de préventeurs, ses actions décidées étant reprises et déclinées dans chacun des SST.

Des difficultés ont certes été rencontrées (temps, hétérogénéité des approches et environnements informatiques), mais ont peu à peu trouvé des solutions : les projets ont fait l'objet de choix et de priorités ; les médecins du travail et les IPRP ont appris à se connaître et à valoriser leur différence.

La coopération régionale instaurée ainsi nous semble novatrice : construite en pluridisciplinarité, elle répond aux besoins régionaux identifiés. Les travaux produits à ce jour, comme leur accueil, témoignent de la validité de la méthode. Celle-ci met en évidence les principaux facteurs de réussite pour une action régionale : projets émanant des acteurs de terrain, ciblés, consensuels, intégrant les priorités et développés selon une méthodologie de projet.

Notre modèle ne pourrait-il pas être assimilé à une « CMT Régionale » qui aurait pour rôle de traiter les demandes exprimées par le CRPRP et

lui proposer des actions de prévention répondant aux besoins identifiés par les SST ?

De véritables dynamiques régionales pourraient ainsi se construire. . .

To4-CO1-4

Intervention en santé et sécurité au travail et pluridisciplinarité ou l'apprentissage de la co-construction

M. Guillier^a*, R. Brunet^b
^a Médecin du travail, MSA49, Angers, France ; ^b Conseillé en prévention, MSA49, Angers, France

Développer dans les entreprises l'intervention pluridisciplinaire pour promouvoir la prévention des risques professionnels est une orientation souhaitée de la réforme de la médecine du travail. Les réflexions menées pour organiser cette pluridisciplinarité au sein d'un service de santé sécurité au travail mettent en valeur une répartition des rôles qui s'inspire de la conduite de projet. On y décèle des exigences comme la planification de l'action, la définition d'objectifs communs, l'évaluation des interventions au regard de ces objectifs ; on y devine aussi une prescription des rôles entre médecin, infirmier, IPRP et expert. Le médecin appréhendé dans un rôle de pivot délèguerait certaines tâches aux infirmiers et confierait des missions d'expertise aux IPRP. Nous pensons que la mise en œuvre de la pluridisciplinarité ne se décrète pas. Elle revêt des formes variées qui se construisent le plus souvent en situation et se déploient dans l'action et la durée. Conseiller en prévention et médecin du travail à la Mutualité Sociale Agricole, nous vous proposons d'explicitier l'apprentissage d'une expérience d'intervention conjointe. Elle se déroule de 1997 à ce jour dans une PME en agro-industrie. Confrontés aux changements stratégiques d'organisations, de directions, de techniques, nous avons expérimenté différentes formes d'intervention pluridisciplinaire, de la simple coexistence de rôles en passant par la coopération, jusqu'à une forme plus aboutie : la co-construction. Nous insisterons sur l'intérêt, les conditions mais aussi les limites à développer la co-construction. Elle déplace les logiques et les compétences des intervenants. Elle nous ouvre à la notion de transdisciplinarité permettant de dévoiler différents niveaux de réalité de l'intervention : l'action préventive sur les risques identifiés, le développement des acteurs, la démarche réflexive. Cette forme d'intervention qui recèle un degré d'imprévisibilité nous semble la plus pertinente pour répondre à la nécessité de « faire du sur-mesure en fonction des besoins » mais surtout pour agir en situation dégradée. Nous entendons par situation dégradée, la situation où l'entreprise, en raison d'un contexte économique difficile, n'intègre pas comme une priorité forte la prévention des risques auxquels sont exposés les salariés. Dans ces conditions, elle ne manifeste pas de demande et s'estime en capacité limitée de mettre à disposition les moyens nécessaires à la prévention.

To4-CO1-5

Analyser et planifier ensemble : une « activité subjectivante » pour fonder l'esprit d'équipe et le « vouloir faire bien »

F. Bouvelot*, C. Rey, L. Denisot, F. Delaunay, B. Canarias, D. Lazard
 Yvelines Santé Travail, Buchelay, France
 * Auteur correspondant.

L'objet de la présentation est de montrer comment l'organisation et l'analyse d'un secteur (460 entreprises et 5500 salariés) d'une équipe pluridisciplinaire d'un service de santé au travail (SST) interentreprises devient une méthode de planification des activités et un outil de communication favorisant les coopérations et la cohésion de l'équipe

au bénéfice de son service de santé au travail, des entreprises adhérentes et de leurs salariés.

Pour assurer leurs missions dans des régions manquant de temps médical, notre SST a demandé aux médecins du travail de devenir managers de secteur élargi, en coordonnant les activités d'équipes pluridisciplinaires. Deux infirmières, un technicien hygiène sécurité environnement ont ainsi rejoint progressivement l'équipe fin 2009. Le médecin en charge de ce secteur s'est attaché à impliquer l'ensemble des acteurs dans tous les domaines influençant leur travail (espace, mobilier, psychologie de la communication, informatique, missions, projets...). L'objectif est de faciliter le travail collectif, de partager les points de vue et, finalement, de donner un sens commun aux actions menées individuellement ou collectivement.

L'analyse du secteur a permis de montrer la répartition des entreprises par type d'activité, ainsi que celle des salariés par entreprise et par activité. Parallèlement, une hiérarchisation des entreprises a été réalisée par la cotation des risques potentiellement présents. Une seconde graduation des entreprises a été effectuée en fonction des prestations antérieures du SST.

Les informations réunies ont permis de déterminer de manière rationnelle les besoins en entretiens médicoprofessionnels et en fiches d'entreprise pour établir des tableaux de bord mensuels. La réalisation de ce travail d'analyse pour planifier les activités 2010 a été souvent l'occasion d'évoquer le contenu et le cadre du projet global, les rôles et les missions de chacun et l'intérêt de la démarche ergonomique. Ainsi, ces connaissances partagées ont rendu cohérentes l'organisation spatiale, technique et immatérielle du service, les délégations futures, les actions en entreprise de prévention primaire et enrichi l'argumentation auprès des adhérents.

L'expérience en cours se réfère à des notions d'activité subjectivante, de réajustement en temps réel, d'espace de discussion et de consensus, d'arbitrage et de coopération.

To4-CO1-6

Le médecin du travail, fil rouge de l'action pluridisciplinaire en santé au travail

B. Mohammed Brahim
AMST, Toulouse, France

L'injonction européenne de pluridisciplinarité en santé au travail faite à l'organisation de la médecine du travail en France, si elle met fin à 15 années de « résistance passive » depuis la convention 161 de l'OIT, engendre une cascade de réformes qui sont loin d'avoir abouti à un nouveau cadre fonctionnel et accepté.

Des questions essentielles restent sans réponse tant les positions des uns et des autres peuvent être éloignées, voire opposées. Il en va ainsi de la gouvernance des services de santé au travail, de l'« aptitude » et de la surveillance médicale renforcée, de la relation aux nouveaux professionnels pluridisciplinaires commodément désignés par le générique IPRP, etc.

Parmi ces questions, nous nous proposons d'aborder ici le positionnement du médecin du travail dans tout dispositif de santé au travail qui viendrait à naître des réformes attendues.

Cette réflexion se base sur une analyse de la légitimité et de l'actualité de l'exception française en la matière (le maintien du médecin du travail au cœur du dispositif de santé et sécurité au travail) que d'aucun trouve comme obsolète à partir des échecs réels ou attribués à l'organisation de la médecine du travail.

Cette réflexion prend en compte la contrainte démographique qui est opposée à ce positionnement et les apports innovants de professionnels non médecins et d'outils méthodologiques originaux.

Elle tire sa substance d'interventions pluridisciplinaires en santé au travail qui illustrent comment ce positionnement que nous

revendiquons en qualité de médecin du travail, se construit dans la pratique.

La réflexion aboutit à une nouvelle formulation du rôle du médecin du travail, garant réglementaire et éthique de la prise en compte des questions de santé dans le milieu de travail, fil rouge de l'action (évidemment pluridisciplinaire) en santé et sécurité au travail.

To4-CO2-1

Infirmier de santé au travail – Ses incontournables missions dans la réforme des services de santé au travail

A. Barrier*, S. Ode

Groupement des infirmières du travail (GIT), Paris, France

* Auteur correspondant.

De tout temps, l'infirmier a toujours collaboré avec les médecins comme avec l'ensemble des professionnels de santé.

Dans l'entreprise, de surintendante d'usine à l'infirmier de santé au travail d'aujourd'hui, on note une perpétuelle évolution du monde du travail et de la santé au travail.

Aujourd'hui, l'infirmier de santé au travail est un des acteurs majeurs dans le rôle des services de santé au travail, avec pour priorité « éviter toute altération de la santé des salariés du fait de leur travail ».

Si son implication est incontestable, il n'en demeure pas moins que ses missions ne sont pas clairement définies, ses compétences et son exercice insuffisamment valorisés et peu décrits.

Pour que le rôle et les missions de l'infirmier soient éminemment connus et optimisés par tous (employeurs, services interentreprises, instances), le groupement des infirmières du travail (GIT) a explicité le contenu du travail de l'infirmier de santé au travail, en élaborant un document de référence, en veillant à ce que chaque professionnel de santé que nous sommes se retrouve dans ce référentiel.

Au sein du document, vous retrouverez l'ensemble des missions de l'infirmier de santé au travail et un descriptif de ses activités.

Ce référentiel intègre tant les activités de suivi de santé des salariés (soins infirmiers, participation aux visites médicales) que la prévention dans laquelle il intervient de manière significative (prévention des risques professionnels, santé publique, éducation collective et individuelle).

Sont également traités les aspects de la formation (encadrement, formation supérieure et continue obligatoire) ainsi que ceux relevant de la recherche (dans le domaine infirmier et en recherche pluridisciplinaire).

Au regard des textes réglementaires qui régissent la profession d'infirmier, et dans l'esprit de la réforme de la santé au travail qui se profile, il est indispensable d'inscrire l'ensemble des compétences de l'infirmier de santé au travail dans un processus d'élaboration d'équipe pluridisciplinaire.

Pour cela, il s'avérerait incontournable d'évoquer l'ensemble des missions de l'infirmier de santé au travail, le référentiel GIT 2009 étant l'outil permettant de rassembler et de partager toutes ces données. Partager ce référentiel avec l'ensemble des médecins et des intervenants en santé-travail permettra ainsi à chacun de mieux appréhender les compétences de l'infirmier au regard de son exercice et d'envisager les articulations possibles avec celles des autres professionnels au sein des équipes des services de santé au travail de demain.

To4-CO2-2

Construction d'un pôle prévention dans une service interentreprises : points forts/points faibles

M. Pisarski¹, C. Pasquazzo, J.-M. Domergue
GIMAC, Santé au travail, Alfortville, France
* Auteur correspondant.

Le GIMAC – santé au travail est compétent sur le Val de Marne. Il a offert durant des années, comme la majorité des SST, un service médical et lorsque l'intervention le nécessitait, une équipe pluridisciplinaire avec des intervenants extérieurs.

La réforme de juillet 2004 a modifié le fonctionnement du GIMAC-ST. Cependant, une réflexion préalable avec l'ensemble du personnel, médical et administratif, a été réalisée concernant d'abord les objectifs du service, puis la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire adaptée aux objectifs définis.

Afin d'appréhender la construction d'un pôle prévention, des membres de la Direction et des médecins du travail ont rencontré des responsables de formation dans les domaines hygiène, sécurité et environnement (HSE) : écoles d'ingénieur, université et institut universitaire et technologique (IUT). Finalement, le service a conclu un partenariat avec l'IUT de Saint-Denis et sa branche HSE. L'objectif était de former à la santé au travail des étudiants en licence professionnelle, en collaboration avec les médecins du service, dans le cadre d'un contrat d'apprentissage. La mise en place du pôle prévention est fortement marquée par des échanges entre les médecins du travail, la Direction du service et les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

L'introduction de la pluridisciplinarité ne s'est donc pas traduite par la simple embauche de nouvelles compétences, mais par la création d'un vrai partenariat entre médecins du travail et IPRP, selon des objectifs précisément définis. Le 1^{er} septembre 2006, le service de santé au travail, en collaboration étroite avec l'un des enseignants responsable de l'IUT, s'est lancé dans une année de création, de découverte et d'ajustement, afin de trouver le mode de travail et d'échange le plus adapté. Depuis cette date, il a évolué et est maintenant composé de deux IPRP spécialisées HSE, avec une mission de prévention auprès des 4000 entreprises adhérentes. Cette organisation, mise en place très progressivement, a permis d'établir une réelle confiance dans la collaboration des différents acteurs du service. Ainsi, le pôle prévention mène d'une part des actions directes avec les médecins (travail en binôme) et d'autre part des actions transversales dans divers secteurs d'activité et risques professionnels, ainsi que des actions de prévention ou de formation auprès des adhérents. Il s'agit d'un fonctionnement innovant où chaque membre du service trouve sa place et apporte une valeur ajoutée avec des ajustements fréquents en fonction des besoins, décidés lors des réunions de concertation périodiques dans le cadre de la Commission médico-technique.

To4-CO2-3

Médecine et inspection SST : des acteurs de la pluridisciplinarité et de la professionnalisation

M. Masse^a, J. Thievenaz^{b,*}

^a INTEFP, Marcy L'Étoile, France ; ^b CNAM CRF, Paris, France

* Auteur correspondant.

Les évolutions de la médecine de santé au travail seront traversées en 2010 par les préconisations du 2^e Plan Santé au travail (PST2 secteur privé) et les novations de l'Accord national santé et sécurité au travail (SST) dans la fonction publique (30 novembre 2009). Dans ce contexte de changement, ces cadres programmatiques posent deux questions transverses : la pluridisciplinarité et la formation.

Plusieurs rapports (Conso/Frimat, cours des comptes, inspection générale des affaires sociales, direction générale du travail) ont souligné que les objectifs d'évolution de la médecine de santé au

travail sont sous-tendus par les enjeux de prescription d'intervention pluridisciplinaire et de développement de la formation.

Inspecteurs/trices en hygiène et sécurité (IHS) de la fonction publique de l'État et agents chargés des fonctions d'inspection (ACFI) de la fonction publique territoriale sont confrontés aux mêmes questions de mutualisation et de professionnalisation. Relatif isolement, formes de mises en concurrence, déficit de reconnaissance vis-à-vis d'autres pratiques plus valorisées et/ou valorisantes (médecine générale/inspection du travail) tous inscrivent leurs actions dans un environnement de demandes, d'enjeux sociaux de plus en plus importants face à la recrudescence des affections liées au travail. Ce qui différencie ces acteurs paraît moins important que ce qui les relie en termes de professionnalité et de quête identitaire professionnelle (lisibilité collective de la prescription, statut...). Une réflexion conjointe entre démarche pluridisciplinaire et formation nous semble susceptible de faire émerger des processus de professionnalisation.

L'hypothèse sera faite que la mobilisation d'une culture du « problème » (Fabre, 2009) propose un cadre commun aux pratiques et intentions de travail favorisant la coopération entre acteurs en impulsant une démarche de professionnalisation interdisciplinaire à finalité d'intervention pluridisciplinaire. Pour la médecine comme pour l'inspection, la production de diagnostic peut favoriser une espace de construction de compétences.

L'hypothèse sera faite également que l'analyse du travail, au sein d'« une entrée par l'activité » (Durand, Barbier, 2006) de ces acteurs de la SST donnera des clés d'intelligibilité qui permettront de favoriser la dynamique collective de professionnalisation et individuelle du développement professionnel et de réduire la tension qui peut exister entre l'offre de professionnalisation (comme projet des organisations à propos des individus) et les dynamiques de développement professionnel des individus (comme transformations vécues par les individus au fil de leur itinéraire mais aussi les projets qu'ils portent) (Wittorski, 2007).

To4-CO2-4

Préventeurs CRAM : une ressource essentielle dans le nouveau réseau de santé au travail

P. Gueguen

Ergonome, Cadre, France

(Communication proposée avec le soutien de la CRAM Midi-Pyrénées - Directeur : M. Francis De Block).

L'auteur part du résultat d'une analyse de l'activité des préventeurs CRAM dans le Nord Pas-de-Calais associée à des entretiens avec des chefs d'entreprise.

L'objectif est de permettre d'établir des recommandations, claires et adoptables par tous les professionnels concernés par cette question, concernant le développement de la fonction conseil chez le préventeur CRAM, afin d'éviter aux employeurs de se trouver confrontés à des décisions d'office répressives en fait la conséquence contre-productives en matière de prévention des risques professionnels.

Dans le paysage de la santé au travail et des institutions qui le composent, les services de prévention des CRAM tiennent une place importante tant par leur expérience et leur professionnalisme que par la conséquence de leurs effectifs, leur implantation et leur reconnaissance par les entreprises.

Dans la relation préventeur/chef d'entreprise, la négociation tient une part essentielle.

Le premier acte de la négociation réside dans l'accord du chef d'entreprise pour rencontrer le préventeur, mais le conseil ainsi donné relève plutôt de l'incitation : on est là pour faire comprendre qu'il faut faire. Si le chef d'entreprise en fait la demande ou si le préventeur aide à la (re)formulation de cette demande, ils ne sont plus alors dans le cadre d'une négociation, mais dans celui d'une recherche et d'une

élaboration communes, une *co-construction des possibles*. Le rôle de conseil du préventeur est le produit de son expertise, de son pouvoir d'opérateur public (capacité de contrôle, d'injonction) qui renforce la notion d'avertissement sous-jacente dans tout conseil et implicitement admise par l'interlocuteur. Alors que dans le domaine de la négociation sourd toujours une possible sanction en cas d'échec, dans le domaine du conseil, *l'autorité exclut l'usage de moyens extérieurs de coercition*. Aux deux systèmes, *coercitif et incitatif* des préventeurs CRAM, s'ajoute donc un troisième système qui allie les fonctions de *conseil* et *d'assembleur*, qui amène le préventeur-conseil à *co-construire* les possibles avec le chef d'entreprise et les différents acteurs concernés.

Cette évolution potentielle des fonctions du préventeur CRAM répond à la fois à la modification des attentes des pouvoirs publics en matière de santé au travail et à celle des chefs d'entreprise.

En œuvrant ainsi pour que le chef d'entreprise formule son besoin, qu'il le transforme en demande et qu'enfin se rencontrent la demande et l'offre d'intervention, les préventeurs CRAM se positionnent comme *assembleurs, experts généralistes du métier des autres*, à la croisée des chemins des différentes disciplines intervenant dans le domaine de la santé au travail.

To4-CO2-5

Sensibiliser les médecins traitants aux TMS : 2 ans après

A. Delepine^{a,*}, J.-P. Zana^a, S. Lanot^b

^a INRS, Paris, France ; ^b Pacte-Asset, Alençon, France

* Auteur correspondant.

Objectifs.– La prise en charge globale des TMS passe par une meilleure information des médecins traitants, en particulier les médecins généralistes.

Méthode.– À l'initiative de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'association de formation médicale continue « Pacte-Asset » dans l'Orne a réuni des médecins généralistes et un rhumatologue selon la méthodologie des groupes de pairs, sur la base d'une réunion mensuelle pendant 9 mois. Ces réunions animées par un journaliste, un médecin de l'INRS ont permis d'élaborer des recommandations sous forme de 6 questions permettant à tout médecin de disposer d'une trame pour envisager un lien entre le motif de consultation et l'activité professionnelle du patient.

Deux ans après, qu'est ce qui a changé ?

Une évaluation par questionnaire postal et une réunion présentielle ont permis de faire le point sur l'évolution de la pratique de ces médecins face aux maladies liées au travail.

Résultats.– La question de l'activité professionnelle présente ou passée du patient est plus systématiquement explorée.

Le recours à la consultation de pathologie professionnelle est plus fréquent.

La meilleure connaissance des rôles du médecin du travail rend possible les échanges même s'ils ne sont pas encore systématiques. Les procédures de reconnaissance en maladie professionnelle sont appréhendées avec moins de réticence.

Conclusion.– Les premières modifications apparues dans les pratiques professionnelles sont encourageantes, toutefois elles restent insuffisantes et montrent la nécessité de faire régulièrement des rappels sur les liens possibles entre santé et travail ainsi que la mise en place de démarches systématisées et interdisciplinaires de prise en charge.

To4-CO2-6

Pratiques de l'intervention des médecins du travail dans la prévention des TMS

S. Caroly^{a,*}, C. Cholez^a, A. Landry^a, P. Davezies^b, K. Chassaing^c, A. Garrigou^d, N. Poussin^e, G. Fernandez^e, F. Coutarel^f, M. Bellemare^g
^a Pacte, Grenoble, France ; ^b université de Lyon, Lyon, France ; ^c IDC, Bordeaux, France ; ^d Sainte-lut, Bordeaux, France ; ^e CNAM, clinique activité, Paris, France ; ^f université Blaise-Pascal, Clermont-Ferrand, France ; ^g université Laval, Québec, Canada

* Auteur correspondant.

Objectif.– L'objectif de cette communication est d'informer la communauté des médecins du travail de l'existence d'une recherche sur leur pratique dans le domaine de la prévention des TMS. Il s'agit ici de présenter les premiers questionnements et les méthodologies mises en œuvre. Notre hypothèse est qu'en saisissant l'activité des médecins du travail et en instruisant un débat entre eux sur leur activité, il est possible de contribuer au développement de leurs actions et de favoriser la coopération avec les autres acteurs de la prévention des TMS.

Méthodologie.– Cette recherche financée par l'ANR dans le cadre de l'appel d'offre SEST 2007 implique plusieurs laboratoires de recherche ayant des compétences pluridisciplinaires (ergonomie, sociologie, clinique de l'activité). La recherche repose sur des entretiens semi-directifs (parcours et pratique professionnelle), sur des observations de l'activité réelle (consultations, actions en milieu de travail) et sur l'organisation de controverses au sein de groupes de médecins volontaires.

Résultats.– La production et la circulation des résultats sont soumises à plusieurs garanties : validation par un comité de pilotage et autorisations du CO et de la CNIL. Actuellement, 8 services inter- et 2 intra-participent à l'étude, soit 51 médecins volontaires. Nous avons réalisé 68 entretiens, 35 jours d'observations et avons animé 10 séances d'instruction du sosie, 3 séances d'entretiens d'autoconfrontation croisée et plus de 10 réunions collectives. Les questionnements posés par la recherche sont les suivants :

- quels outils sont à disposition du médecin et en quoi sont-ils adaptés aux problématiques rencontrées ?
 - dans quelles situations la loi, les normes, les règles peuvent être levier à l'action ?
 - dans quelle mesure le médecin du travail exerce-t-il un travail de coordination entre les différents acteurs de la prévention et de l'entreprise ?
 - comment le médecin du travail évalue-t-il l'efficacité de son action sur les TMS ?
 - en quoi la continuité et la proximité avec l'entreprise sont un atout pour mener une dynamique de projet ?
 - en quoi la production et la circulation de l'information (dire/ne pas dire, façon d'écrire, conservation des traces) font partie des outils stratégiques du médecin ?
 - de quelle façon sont amenés les questionnements sur le travail et ses liens avec la santé ?
 - l'action du médecin est-elle spécifique sur le risque TMS ?
 - comment s'opère la complémentarité avec les autres acteurs ?
 - comment construit-il une cohérence entre les différents sphères de son activité (l'entreprise, la consultation, les pairs...) ?
- La présentation sera l'occasion d'engager un débat sur ces questions à partir des premiers éléments de terrain.

To4-CO3-1

Modules de sensibilisations sur les risques professionnels pour les TPE-PME

M. Balducchi[†], O. Couot, C. De Latour, F. Harmandon, F. Lecomte, E. Mazereeuw, D. Briant-Vincens, F. Galatry-Bouju, M. Accarias, V. Monge, B. Armaing, K. Briqueu, V. Roques, E. Baynat, B. Bonnemoy, F. Casses, A. Lescure, K. Vidal

AMST, Toulouse, 31, France

* Auteur correspondant.

Objectifs.– Suite à deux constats : espacement des visites systématiques avec insuffisance de connaissances des salariés sur les conséquences de leur activité professionnelle sur leur santé et la volonté d'aider les chefs d'entreprises des moins de 50 salariés à répondre à leur obligation d'informer ces derniers sur les risques professionnels, les médecins de l'Association de médecine et de santé au travail (AMST) à Labège ont souhaité proposer une action de sensibilisation pour ces salariés et d'inviter les chefs d'entreprises et responsables de service.

Méthode.– La construction de cette démarche de sensibilisation mobilise les compétences pluridisciplinaires du service (médecins, IPRP et infirmière). Quatre thèmes sont choisis : le bruit, le risque routier, « santé et travail de bureau », le travail « à horaires atypiques ». Le choix est fait de proposer aux salariés ainsi qu'aux responsables, des interventions de courte durée (1 h 30), dans un lieu proche géographiquement des entreprises concernées, soit les locaux de Labège. L'animation des séances est réalisée par un binôme de médecins ou médecin-IPRP ou infirmière-IPRP. Douze à quinze participants par séance sont prévus. La logistique est réalisée par le personnel administratif du service de santé au travail pour les envois des invitations aux entreprises et le suivi des convocations et des séances. Une lettre d'invitation à participer à ces modules de sensibilisation est adressée à l'ensemble des entreprises de moins de 50 salariés. Celles-ci se positionnent sur les thèmes qui les intéressent. Dans un deuxième temps, les convocations sont envoyées. En fin de séance, chaque participant reçoit une attestation de présence, des plaquettes d'information et il remplit une feuille d'évaluation.

Résultats.– En 2009, 850 entreprises ont été concernées par cette démarche. Cinq pour cent sont intéressées. Neuf séances sont organisées. Parmi les participants, nous avons eu autant de salariés que de responsables. Leur ressenti est positif, tant au niveau des informations données que de l'organisation des séances. Les évaluations ont apporté des commentaires constructifs pour faire évoluer nos modules. Ce type d'action, nouvelle pour les services de santé au travail, a demandé un investissement initial important des médecins en termes d'élaboration du contenu, d'organisation et de coordination des différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire.

Conclusion.– C'est une approche intéressante dans le cadre de la pluridisciplinarité. Il reste à trouver comment motiver les entreprises qui ne se sont pas manifestées en 2009. Nous reconduisons cette action en 2010 en ouvrant les modules à d'autres thèmes. Notre souhait est de former des relais pour l'animation des séances.

T04-CO3-2

Autour de l'offre de contribution à l'action d'une structure pluridisciplinaire partagée par deux services

J.-C. Beyssier

AST Grand Lyon/Agemetra, Lyon, France

À la suite des évolutions législatives et réglementaires du début des années 2000, la plupart des SIST ont intégré des professionnels relevant de disciplines non médicales. La construction de ce qu'on dénomme la « pluridisciplinarité » en santé au travail a depuis lors fait l'objet de multiples déclinaisons locales, avec parfois une grande hétérogénéité de l'offre de service d'un SIST à l'autre. Les propositions d'action en milieu de travail, en particulier, peuvent être très diverses, quant à leurs objectifs, leurs modalités, leurs limites. . .

AST Grand Lyon et AGEMETRA – deux importants services de la région lyonnaise – ont fait le choix, dès 2003, de partager leurs compétences non médicales au sein d'une structure commune, Rhône Prévention

Santé Travail, et de les mettre à disposition des médecins du travail de leur service. Face à une grande hétérogénéité de pratiques et de représentations de ces professionnels, mise en évidence par la diversité de leurs sollicitations de ceux que l'on nomme les IPRP, Rhône Prévention Santé Travail a été conduit à structurer son offre de contribution à l'action.

Cette communication se propose de retracer les étapes de cette construction et les réflexions menées qui ont interrogé tour à tour, les missions des SIST et leur intégration dans leur environnement institutionnel et marchand, la contribution de chacune des disciplines associées à la construction, et les modalités d'échanges et de partenariat entre les acteurs. Nous insisterons sur les choix qui ont été faits et leurs motivations.

Nous rappellerons, au travers de cette expérience, que l'intégration de nouvelles compétences dans les SIST impacte fortement les pratiques antérieures et n'est pas sans réinterroger l'identité professionnelle de chacun. L'organisation du travail et les logiques d'action traditionnelles sont fortement remises en question. En conséquence, les bénéfices attendus de la pluridisciplinarité ne semblent pouvoir s'envisager sans un vrai projet fédérateur et un accompagnement au changement mené par les directions des services et leurs commissions médico-techniques. Les avantages et inconvénients du choix d'une pluridisciplinarité construite à partir d'une structure partagée seront également abordés.

Nous concluons par quelques enseignements tirés de cette expérience pour la construction d'une santé au travail pluridisciplinaire basée sur une complémentarité d'acteurs autour d'un objectif commun : mieux répondre aux attentes de plus en plus importantes des salariés, des entreprises adhérentes et de la collectivité.

T04-CO3-3

L'équipe santé travail dans un département

J. Fondere*, C. Crouzet

SRAS, Toulouse, France

* Auteur correspondant.

La pénurie progressive de médecins oblige à mettre en place un nouveau fonctionnement, désormais fortement orienté vers la prévention primaire.

Dorénavant, agir sur les facteurs de risques « avant » la dégradation de la santé constitue l'objectif de notre équipe santé. Cette évolution a commencé en septembre 2007.

En tant que préventeurs internes aux entreprises, TPE et petites PME constituent notre cible principale (97,7 % de nos entreprises ont moins de 50 salariés et 85 % moins de 10). Notre rôle commence par l'aide à l'application des principes généraux de prévention.

L'équipe santé se compose d'un médecin, de deux infirmières, d'une secrétaire médico-administrative et, partagés avec d'autres médecins, d'un assistant social et d'un IPRP.

Du fait de la réglementation actuelle et de notre effectif à risques (BTP), 60 à 80 % est soumis à une SMR (surveillance médico-professionnelle serait d'ailleurs un terme plus adapté). Nous avons donc décidé de garder un contact médical régulier, mais également de mettre en place une réelle veille sanitaire santé-travail.

La délégation de tâches aux infirmières permet de prendre en charge un effectif plus important ; en outre, pendant le tiers-temps du médecin, elles participent à des actions en milieu du travail (AMT), ce qui dégage 405 vacations annuelles de ce type, au lieu des 150 réglementaires !

L'entretien santé travail (EST) (visites médicales) est protocolisé grâce à un logiciel informatique adapté. L'EST se poursuit chez le médecin, qui va compléter l'examen, puis signer seul la fiche d'aptitude.

Les AMT des infirmières commencent par une visite systématique de tous les nouveaux adhérents pour expliquer le rôle du service et déjà pratiquer un premier bilan de prévention. Elles se rendent ensuite sur les chantiers pour rencontrer les salariés qu'elles connaissent grâce aux EST préalables. La confiance des salariés ainsi acquise, ils s'expriment facilement et montrent leurs conditions de travail, déjà évoquées au cabinet. Mais alors que là s'exprimaient davantage les effets délétères liés au travail, sur chantier, l'entretien s'oriente surtout vers l'analyse des risques. La liaison EST et AMT prend tout son sens, devenant très fructueuse pour les salariés : sur le chantier, ils sont chez eux, ils s'expriment, permettant à l'infirmière de mieux comprendre leur travail.

Un IPRP s'intègre 2 jours par semaine à l'équipe santé qui l'aide à débiter des démarches de prévention participatives (c.à.d. avec les salariés) dont les infirmières assurent le suivi.

Enfin, ce fonctionnement peut se moduler en supprimant une vacation d'EST au profit d'une vacation d'AMT, favorisant donc une évolution vers toujours plus de prévention primaire.

To4-CO3-4

Une organisation régionale pluridisciplinaire dédiée aux artisans du BTP

J. Messina

BTP santé prévention centre Est, Villeurbanne, France

En Rhône Alpes, les services de santé au travail du secteur BTP ont choisi de créer en 2005 une structure originale, BTP Santé Prévention qui regroupe 12 services de santé au travail. Cette association a pour vocation l'organisation d'actions collectives de masse afin de toucher le maximum d'entreprises artisanales (en effet, plus de 85 % des entreprises du BTP salarié moins de 10 salariés et ce sont pourtant celles qui ont le moins accès à des conseils de prévention). Ainsi, BTP Santé Prévention a acquis une expertise originale et unique au travers d'actions collectives qui fait maintenant autorité, comme par exemple :

- l'assistance des chefs d'entreprise pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels. Cette action, de par les méthodologies spécifiquement adaptées aux TPE que nous avons créé, nous a permis d'assister à ce jour plus de 1400 entreprises artisanales (ce chiffre est inégalé à ce jour) ;

- la création d'un logiciel Subtox BTP qui permet de proposer aux artisans du BTP des produits chimiques moins dangereux sur la base du nom commercial et sur la base d'une mise en commun confidentielle des produits utilisés par les entreprises. Subtox BTP a été distingué par de nombreux prix ;

- la création d'un site internet (www.btpsanteprevention.fr) qui a vocation à devenir l'animateur virtuel prévention des TPE en envoyant mensuellement plus de 8500 messages en matière de santé sous forme d'affichettes ou de lien pour visionner des vidéos...

C'est l'ensemble de ces savoir-faire spécifiques d'approche des entreprises artisanales que nous vous proposons de mettre à disposition des médecins du travail et préventeurs.

To4-CO3-5

Pour un travail multidisciplinaire en santé au travail

C. Previtali^{a,*}, J.-J. Laplante^a, D. Jacques Jouvenot^b

^a MSA FC, Besançon, France ; ^b Lasa, université de Franche-Comté, Besançon, France

* Auteur correspondant.

À partir d'une présentation de l'ouvrage intitulé « Les maux de la terre », coécrit par deux auteurs francs-comtois, l'objectif de cette

présente communication est de montrer la pertinence d'un travail multidisciplinaire en santé au travail. Possédant une parfaite connaissance du terrain agricole, Dominique Jacques Jouvenot, professeur d'université en sociologie au laboratoire de socio-anthropologie de l'université de Franche-Comté, et Jean Jacques Laplante, directeur de la Santé à la MSA FC et médecin du travail de 1984 à 2002, ont collaboré main dans la main afin de fournir un regard croisé réaliste et profond sur la santé au travail en agriculture. Cet ouvrage contribue à une meilleure compréhension du cheminement difficile – mais au combien important – de la santé au travail des travailleurs de l'agriculture.

Cette collaboration, pour une approche sociomédicale, se fonde sur le postulat que « le social doit faire partie intégrante de notre compréhension de la santé et de la maladie » puisque ce n'est pas qu'un phénomène biologique et psychologique mais également un phénomène social, un construit de la société. Si la santé au travail fait de plus en plus l'objet de travaux sociologiques, la collaboration entre un sociologue et un médecin du travail donne lieu, ici, à un éclairage intéressant et innovant sur la santé des agriculteurs français et des salariés agricoles.

D'un point de vue méthodologique, l'ambition de l'ouvrage est d'objectiver au mieux les données quantitatives et qualitatives en possession par les auteurs dans le but de faire un point précis sur la situation actuelle de la profession agricole en matière de santé au travail. Les données utilisées pour cette analyse proviennent d'une part des données statistiques de la MSA et, d'autre part, d'études réalisées sur divers territoires français, à partir de données recueillies le plus souvent par entretiens lors d'interviews pour des enquêtes sociologiques, ou de journées de formation/prévention pour les données médicales. Les analyses qualitatives sont donc construites de manière compréhensive, c'est-à-dire à partir des représentations que les acteurs se font de leur métier, des discours tenus sur son évolution, mais aussi des représentations du corps et de la santé.

Par cet éclairage sociomédical, les auteurs prouvent qu'il sera possible, à l'avenir, d'appréhender la santé au travail, à partir d'approches basées sur la multidisciplinarité. Cette ouverture permet également de mutualiser les connaissances et donc de décloisonner les regards scientifiques sur la santé au travail. De plus, les publications tirées de tels travaux de terrain permettent une diffusion large des connaissances jusqu'aux travailleurs eux-mêmes.

To4-CO3-6

Préserver une approche médicalisée de santé au travail

G. Lucas^{a,*}, M. Chevalier^b, V. Baclet^c, J.-M. Sterdyniak^d

^a MEEDDM, Nantes, France ; ^b SST, Poitiers, France ; ^c SSTRN, Lille, France ; ^d SST, Paris, France

* Auteur correspondant.

C'est autant comme acteurs de santé que comme syndicat professionnel que le syndicat national professionnel de santé au travail a développé une réflexion et élaboré un projet de service de santé au travail.

Les contraintes systémiques et réglementaires du système de santé au travail ont jusqu'alors limité le dévoilement de la santé au travail et restreint la place des services de santé au travail dans l'accompagnement de la santé des salariés.

La sous-reconnaissance de la composante professionnelle des pathologies est généralisée. Les indicateurs de santé publique montrent que le facteur itinéraire de travail est le premier discriminant de santé pour un adulte tant pour la morbidité globale que pour la mortalité. L'identification de la pathologie professionnelle est encore un grand chantier à mener qui a besoin de services de santé au travail plus

efficaces à la fois comme partenaires de l'ensemble du système de soins et pour l'amélioration des conditions de travail.

L'approche par risques des conditions de travail est essentielle, indispensable. Mais une part des activités de pluridisciplinarité déployée dans les services de santé au travail relève de la gestion des conditions de travail, domaine de responsabilité des employeurs, et dénature ainsi la mission des services.

L'approche médicalisée de la santé au travail, qui ne peut que s'enrichir de l'approche par risques, est tout aussi indispensable car les travailleurs, salariés ou autres, ne sont pas normés, mais des êtres subjectifs uniques dont la compatibilité au travail est extrêmement diverse dans le temps et entre eux. Le suivi et le questionnement médicalisés réguliers des salariés restent une priorité pour la préservation de la santé des travailleurs du fait du travail.

Le projet propose de promouvoir dans le système de santé au travail des équipes médicales coopératives de santé au travail autour du médecin du travail, d'infirmier(e)s et d'assistant(e)s en santé au travail. La mission de ces équipes spécialisées doit privilégier clairement la clinique médicale du travail et les observations scientifiques médicales de santé et travail. Une revue des expérimentations d'intégration d'infirmiers dans des services interentreprises, officielles et surtout officieuses, montre les orientations pertinentes pour l'avenir. Parallèlement, les questions d'unicité, d'indépendance et d'organisation autour d'agences s'imposent. Enfin, la gouvernance majoritaire des employeurs représente un conflit d'intérêt incompatible pour cette approche médicalisée au travail.

La pluridisciplinarité, confuse, fera place à des interdisciplinarité dont les statuts et les interdépendances seront clairement énoncés.