

Session 4 : Conséquences sur l'organisation des SSTI (deuxième partie)

Les équipes Santé-Travail 7 ans après, bilan et perspectives au travers de la mise en place du projet de Service



Dr Aurélia MALLET – Médecin du travail – AHI 33 – Bordeaux

Dr Martine MAGNE – Médecin coordonnateur – AHI 33 – Bordeaux

M. Daniel RINDEL – Directeur – AHI 33 – Bordeaux

M. Florent VAUBOURDOLLE – Secrétaire général – AHI 33 – Bordeaux

Dans la poursuite de l'expérimentation de 2006, l'AHI 33 service de santé au travail à BORDEAUX a poursuivi le développement du métier des infirmières en santé au travail en service interentreprises et multiplié les équipes santé travail dans le cadre de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011. L'évaluation de la phase expérimentale en 2007 avait mis en évidence des points positifs dans l'intégration des infirmières mais aussi des difficultés organisationnelles. L'évolution prévisionnelle d'activité lors de la préparation du projet de Service démontrait que l'amélioration induite par la réforme ne serait que transitoire compte tenu de l'évolution de la démographie médicale. Nous analyserons l'évolution de l'activité et le fonctionnement des équipes sur ces 7 années pour dresser un bilan à fin 2013.

LE CONTEXTE DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'AHI 33 service de santé au travail est un service interentreprises situé à BORDEAUX. Le secteur géographique couvre la Gironde à l'exclusion du Libournais et du Blayais. Le département de la Gironde avec une superficie de 10 725 km² est le plus vaste de la France métropolitaine. La ville de BORDEAUX et la communauté urbaine regroupent 61 % des 273278 salariés suivis. Pour répondre à ces particularités régionales le service est organisé en 12 secteurs géographiques : onze secteurs sont situés dans la communauté urbaine de Bordeaux et un sur le bassin d'Arcachon. Un centre fixe est implanté sur chacun des secteurs. Trois secteurs plus étendus géographiquement bénéficient d'un 2° centre fixe. Quatre camions dispensaires et des locaux d'appoints mis à disposition par les collectivités locales permettent d'assurer les visites pour les entreprises les plus dispersées, 16% des examens y sont réalisés. Des locaux d'entreprise sont également à disposition, 23% des salariés y sont suivis.



A fin 2013, l'AHI 33 employait 88 médecins soit 74,54 équivalent temps plein, 16 infirmières en santé au travail, 8 assistantes techniques, 16 intervenants en prévention des risques professionnels, 105 paramédicaux et 29 administratifs. Seize équipes santé travail étaient en place sur le modèle validé lors de la phase expérimentale.

L'équipe type se compose de 4 médecins, d'une infirmière, d'une AST et d'une secrétaire assistante.

L'AHI a présenté son projet de Service à la DIRECCTE en mars 2013 et obtenu le renouvellement de son agrément en janvier 2014 pour 5 ans. Cet agrément prévoit l'espacement des visites périodiques à 4 ans sous réserve de la mise en place d'entretiens infirmiers intermédiaires pour les surveillances médicales simples (SMS) et les surveillances médicales renforcées (SMR) concernant le bruit, les vibrations et les agents biologiques. L'agrément prévoit un suivi annuel des actions en milieu de travail.

L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ DES ÉQUIPES

Entre 2006 et 2013 l'effectif suivi a augmenté de 19,78 % alors que le nombre de médecins diminuait de 7,29 équivalent temps plein. L'effectif moyen suivi par un médecin en équivalent temps plein est passé de 2 813 à 3 866 salariés.

Dans le même temps :

- Les visites non périodiques qui représentaient 39,6 % des actes en 2006, atteignent à fin 2013 53,37% des examens modifiant considérablement l'activité quotidienne des médecins Elles génèrent désormais, chaque année, 32,6 % de l'effectif suivi en nombre d'actes.
- Les visites d'embauche sont passées de 27 % à 32,82 %. Elles reflètent l'augmentation du turnover dans les entreprises et la multiplication des CDD.
- Les visites de reprises malgré la réforme restent au-dessus du taux de 2006 avec près de trois points d'augmentation (8,51/11,25).
- Les visites occasionnelles quant à elles ont augmentés de plus de deux points (2,05/6,21).
- Le projet de Service prévoyait 86 médecins équivalent temps plein en 2013 pour assurer l'ensemble des visites. Avec 74,54 médecins EQT nous sommes bien en dessous des prévisions. Vingt et un médecins sont en cumul emploi retraite et seulement 10 d'entre eux exercent à temps plein.

En 2013, globalement, si on prend en compte l'absentéisme, nous avons pu satisfaire aux obligations réglementaires pour l'ensemble des salariés mais tous les secteurs ne sont pas égaux. L'équilibre est précaire et à la limite de la rupture, en dehors des évolutions globales citées précédemment quelques causes ont été identifiées :

- Les intérimaires représentent chaque année 75 à 80 % de visite d'embauche.
- Les SMR déclarées en excès par l'employeur.
- La difficulté pour les médecins de déléguer certaines entreprises à l'infirmière pour des raisons



d'organisation ou du fait de risques spécifiques.

- Le suivi tous les 6 mois par le médecin des travailleurs de nuit.

L'ORGANISATION DES ÉQUIPES

En 2007 la phase expérimentale avait fait l'objet d'une évaluation par le cabinet ANTEIS.

Les conclusions montraient des points positifs :

- Les compétences spécifiques de l'infirmière dans l'écoute, l'éducation, la prévention et sa capacité à appréhender une situation dans sa globalité.
- Une complémentarité intéressante des compétences infirmières et médecins.
- Une intégration sociale et professionnelle de l'infirmière au sein de l'équipe avec toutefois des réserves concernant le manque de coopération avec l'IPRP.
- La capacité de l'équipe à changer ses représentations sur son propre travail et ses pratiques professionnelles.
- La rigueur qui découle de l'interrogation permanente sur les pratiques et l'organisation.
- Le projet bien soutenu par le protocole initialement élaboré.

Elles posaient aussi des questions :

- Sur la formation des infirmières insuffisamment équipées au regard de la connaissance du milieu de travail.
- Sur l'évolution du positionnement du service dans l'entreprise.

Et attirait l'attention sur une difficulté récurrente concernant la planification du travail pour les secrétaires et les agents d'accueil.

Les équipes santé travail se sont développées à partir de 2006 : une seule en 2006 puis 2 de 2007 à 2010, une troisième est créée en 2010 puis 2 en 2011, 8 en 2012 et 3 en 2013 pour atteindre 16 équipes fin 2013.

Les infirmières qui n'ont pas de formation spécifique, ce qui est le plus fréquent (sur les 16 infirmières recrutées seulement 2 étaient titulaires de la licence), s'engagent à préparer le DIUST la 1^o année. Cette formation est un choix de l'AH133 pour améliorer le seuil de compétence et d'efficacité des équipes. Ce besoin avait bien été identifié dans la phase expérimentale En complément des formations spécifiques sont apportées par des ressources internes (toxicologie, addictologie, psychologie, ergonomie, métrologie) ou par la formation continue.

Les anciennes accueillent les nouvelles pour faciliter leur intégration et créer un collectif de travail. Une activité en binôme les deux premières semaines permet à la fois une prise de fonction plus sereine et une meilleure harmonisation des pratiques. Les intégrations sont étalées dans le temps afin de permettre un accompagnement individualisé.



Les protocoles initiaux ont été adaptés au développement de l'activité ; Ils comportent un arbre décisionnel général, des protocoles « métier » ou « risque spécifique » et des supports pour la connaissance des métiers et des risques.

Le nombre d'entretiens infirmiers progresse après la 1^o année plus particulièrement consacré à la formation :

- 2 134 en 2011.
- 10 145 en 2012.
- 16 306 en 2013 soit une moyenne de 1 000 entretiens réalisés par infirmière.

Il faut noter un taux d'absentéisme élevé pouvant atteindre 18 à 22 % en centre fixe.

Pour que l'alternance fonctionne, dans la limite de notre agrément, il est impératif que le médecin du travail réalise les visites périodiques dans les délais. Il est aussi indispensable de déléguer tous les salariés prévus dans l'agrément à l'infirmière, or cela est difficile sur les secteurs où la densité d'entreprises est faible, l'espacement des vacations médicales obligerait les salariés à se déplacer vers les centres fixes pour les visites non périodiques avec des distances pouvant atteindre 50 à 60 km.

En 2013 un interne a fait son mémoire de spécialité sur les orientations à l'issue des entretiens infirmiers ; Les entretiens infirmiers génèrent en moyenne 10 % d'orientation vers le médecin traitant , 10 % de signalements au médecin du travail ; Le taux de reconvoction avec le médecin du travail est de 3 % en moyenne avec des écarts de 1,5 % à 10 % en fonction de l'expérience de l'infirmière, de la maturité de l'équipe, de la qualité et de la fréquence des échanges entre médecins et infirmières.

Les infirmières ont développé les actions en entreprises : réunions d'information- sensibilisation (bruit, addiction, sommeil...), études de poste pour la prévention des TMS dans les bureaux...

Elles sont parvenues à acquérir les compétences spécifiques au métier d'infirmière en santé au travail en y intégrant leur propre expérience professionnelle.

Les équipes ne se construisent pas toutes au même rythme, certaines ont plus de difficultés à remettre en question l'organisation du travail et les pratiques professionnelles. Le médecin du travail se trouve au centre de l'organisation de l'équipe santé travail dont il va devoir coordonner l'activité tant sur le plan du suivi individuel de l'état de santé des salariés que de la prévention collective. Habitué à une pratique individuelle il se trouve confronté à une obligation d'harmonisation des pratiques sans laquelle les équipes et la pluridisciplinarité ne peuvent se développer avec efficacité.

Selon Roger MUCCHIELLI psycho-sociologue et psychopédagogue français :

- « *Le travail en équipe ne va pas de soi. Il nécessite un effort personnel et une compétence qui s'acquiert peu à peu à partir d'une volonté de cohésion et d'organisation. Elle repose sur des règles précises qui doivent dans la réalité conduire à impulser une dynamique au groupe.* »



- « Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. [...] Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée. »

Le projet de Service a établi 16 priorités d'action soutenues par 16 groupes de travail auxquels participent médecins, infirmières, AST, IPRP. Les actions développées dans le CPOM mettent en jeu tous les acteurs du service de santé au travail.

Il existe au total 23 groupes de travail ce qui permet de se rencontrer, d'apprendre à se connaître, de partager des expériences, de favoriser les échanges de pratiques et ainsi de participer au développement de l'esprit d'équipe.

En même temps, la multiplication des acteurs oblige à repenser la pratique et les organisations et à l'adapter en permanence en fonction des besoins identifiés. Dans cette période de mutation il est important d'être à l'écoute de chacun Une enquête interne sur le vécu au travail par le questionnaire de KARAZEK a été réalisée avec le CHSCT de l'AH1 33 en 2012. Cette enquête montrait un déséquilibre pour les secrétaires dont le métier est en pleine mutation.

L'arrivée de l'infirmière a modifié la relation avec « leurs médecins ».

Le nombre d'entreprises et l'effectif salarié pris en charge augmentent.

La modification de périodicité des visites médicales, l'alternance visite médicale / entretien infirmier, accentuent les difficultés. L'activité de planification de visites se fait aujourd'hui essentiellement sur rendez-vous. Les demandes arrivent par mail, par téléphone ou directement sur le serveur. Elles imposent à la fois une réponse immédiate et une qualification du niveau d'urgence. Le logiciel informatique, à ce jour, n'a pas intégré les évolutions réglementaires. Le suivi d'activité est plus complexe et chronophage. Les 2 premières assistantes techniques ont rejoint le technicien hygiène sécurité en 2011. Elles étaient 8 en équipe à fin 2013 Cette formation professionnelle a été proposée aux secrétaires médicales : Six secrétaires ont pu bénéficier de cette évolution professionnelle et ont rejoint les équipes. Deux ont débuté la formation en septembre.

L'intégration dans les équipes se fait progressivement et nécessite encore un accompagnement à la fois technique et organisationnel. Comme pour les premières infirmières qui nous ont rejointes, on observe une difficulté à appréhender le milieu de travail du fait d'un déficit de connaissance des métiers et des entreprises.

Le pôle pluridisciplinaire se compose de 2 ergonomes, 3 techniciens hygiène sécurité, 1 psychologue, 2 moniteurs sauveteurs secouristes du travail, 1 métrologue en mesure physique, 1 métrologue en mesure chimique et un médecin toxicologue. Les protocoles prévoient les complémentarités entre les infirmières, les assistantes et les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP).



Chacun d'eux, en fonction de ses qualifications, participe aux formations des infirmières et des assistantes en santé au travail ce qui favorise les échanges et l'interdisciplinarité et permet d'accompagner vers une montée en compétence.

CONCLUSION

Pour établir le projet de Service, à partir des indicateurs relevés de 2005 à 2011 L'AH1 33 avait réalisé une projection sur les années à venir. Le bilan à fin 2013 est très proche du modèle prévisionnel. L'équilibre est à la limite de la rupture du fait d'un déficit de temps médical plus précoce. Malgré les points forts du projet de Service qui crée une cohésion entre les membres des équipes et un accompagnement permanent dans les formations professionnelles le fonctionnement des équipes santé travail n'est pas optimum.

L'organisation de l'activité de l'équipe Santé-Travail mérite d'être repensée en permanence les paramètres à prendre en compte évoluent au fil du temps et l'évolution n'est pas toujours prévisible. L'accompagnement au changement doit rester vigilant et actif. Une stagiaire en psychologie des organisations analyse actuellement notre fonctionnement. Un accompagnement des équipes par un cabinet extérieur est déjà en place et se poursuivra en 2015 pour aider chacun des membres à exprimer ses difficultés et à rechercher ensemble des solutions. Si des ajustements dans le fonctionnement des équipes s'avèrent nécessaire ils ne suffiront pas à compenser le déficit en temps médical ; L'agrément du service sera à renégocier avant l'échéance de 2018.