



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2014

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Riadhi BENABID

Le 2 juin 2014

Projets de Service Pluriannuels et CPOM des Services de Santé au Travail en Lorraine

**Quels impacts en matière de prévention dans les
entreprises suivies au bénéfice de la santé des salariés ?**

Examineurs de la thèse :

M. C. PARIS

Professeur

PRESIDENT

Mme. M. GONZALEZ

Professeur

JUGE

M. L. MARTRILLE

MCU-PH

JUGE

Mme. M. LEONARD

Docteur en Médecine

JUGE ET DIRECTEUR

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de

LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone

GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre

LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -

Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT -

Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-

Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT -

Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -

Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faïez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur Christophe PARIS

Professeur de Médecine et santé au travail

Centre de Consultations des Pathologies Professionnelles du CHU de Nancy

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider mon jury de thèse.

Vous nous avez accueilli dans votre service avec la plus grande bienveillance. Nous avons apprécié vos qualités d'enseignant.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements pour votre soutien, et votre enseignement tout au long de notre cursus.

Veillez également trouver l'assurance de notre profonde admiration pour vos capacités de travail et votre curiosité scientifique.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Maria GONZALEZ

Professeur de Médecine et santé au travail

Service de Consultations des Pathologies Professionnelles du CHU de Strasbourg

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur et la gentillesse de faire partie de ce jury.

Nous avons tenu à ce que vous fassiez partie du jury de cette thèse car vous êtes un exemple à suivre pour tous les internes de médecine du travail, dont nous sommes fier de faire partie.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Service de Médecine Légale et Droit de la Santé

Je vous remercie d’avoir accepté de faire partie de ce jury.

Nous avons été reçu dans votre service et vous nous avez accordé votre confiance.

Nous avons beaucoup appris à vos côtés.

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Madame le Docteur Martine LEONARD

Médecin inspecteur régional du travail

Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi Lorraine

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et de juger ce travail.

Nous avons été reçu dans votre service et nous avons bénéficié au cours de notre formation de la compétence, de la richesse, et de la rigueur de votre enseignement.

Vous nous avez jugé digne de votre confiance, vous avez su canaliser notre énergie, nos ambitions et notre motivation.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre soutien et vos encouragements tout au long de ce travail ainsi que pour l'ensemble de vos qualités humaines.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect.

A nos Maîtres de stages d'internat qui m'ont tant apporté pour être Médecin

Madame le Docteur Martine LEONARD,

Monsieur le Professeur Christophe PARIS,

Monsieur le Professeur François PAILLE,

Monsieur le Docteur Patrick ALLARD,

Monsieur le Docteur Christophe COLLOMB,

Monsieur le Docteur Jacques MANEL,

Monsieur le Docteur Laurent MARTRILLE,

Monsieur le Docteur François TRUCHTET,

Sans oublier les autres médecins, infirmiers et secrétaires de l'ensemble de ses services.

« Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends. »

Benjamin Franklin

Mes sincères remerciements :

A tous ceux qui ont participé à ce travail du personnel des services de santé au travail interentreprises de lorraine : Directeurs, Médecins du travail, Infirmiers, IPRP et ASST.

Aux Ingénieurs-prévention « correspondant CPOM » des CARSAT Alsace-Moselle et Nord-Est.

A Monique BARBA, secrétaire du Médecin Inspecteur Régional du Travail pour sa collaboration, son aide technique et sa psychothérapie de soutien.

A Madame MINARY du Service d'Épidémiologie et Évaluation Cliniques du CHU de Nancy pour son aide dans les analyses statistiques.

Au Dr MAHEUT pour son amitié et ses grandes qualités humaines.

Je dédie cette thèse

A ma famille

A mon grand-père. Mon seul regret à ce jour est qu'il ne soit plus là pour me voir

A ma mère Nacira et mon père Mohamed Salah qui ont toujours cru en moi, depuis si longtemps. Merci c'est grâce à vous et votre soutien inconditionnel si j'en suis là aujourd'hui.

A mon épouse Zahwa «... pour son amour et sa patience...».

A ma fille Sirine et mon fils Hicham «... pour leurs sourires merveilleux...».

A tous mes frères (Zoubir et Tarek) et mes sœurs (Souad, Fahima, Soulef et Ines), qui ont toujours valorisé ma volonté d'aller jusqu'au bout, de faire de « si longues études » et dont j'ai ressenti à chaque instant la complicité et la fierté. et ce malgré la distance !

A mes beaux-parents, mes belles sœurs et mes beaux frères.

A la grande famille : mes tantes, mes oncles, mes cousines et mes cousins tout particulièrement Okba et Warda.

A Tindela.

Aux amis d'enfance,

Votre fidèle amitié, malgré la distance, m'accompagne jusqu'ici en France.

Aux amis, d'ici et d'ailleurs...

Votre joie de vivre, votre présence, et vos encouragements durant cette année pas toujours simple, m'ont été d'un soutien inestimable.

A mes co-internes de Médecine du Travail de l'inter-région Nord-Est...

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACD : Agent Chimique Dangereux

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

AMT : Action en Milieu du Travail

ARS : Agence Régionale de santé

AST : Assistant en Santé au Travail

ASST : Assistant de Service de Santé au Travail

AT : Accident du Travail

BTP : Bâtiment et Travaux Publics

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CIRE : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en REgion

CMR : Cancérigène, Mutagène et Reprotoxique

CMT : Commission Medico-Technique

CNPA : Conseil National des Professions de l'Automobile

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRPRP : Comité régional de prévention des risques professionnels

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DARES. : Directrice de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DGT : Direction Générale du Travail

DIRECCTE : Direction Régionales des entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRP : Direction des Risques Professionnels

EE : Entreprise Extérieure

ETP : Equivalent Temps Plein

EP : Equipe Pluridisciplinaire

EU : Entreprise Utilisatrice

EVREST : Evaluation des Relations et Evolutions en Santé au Travail

FDS : Fiches de Données de Sécurité

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IDEST : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat de Santé au Travail

IMTL : Institut de Médecine du Travail de Lorraine

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCP : Maladie à Caractère Professionnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDT : Médecin Du Travail

MIRT : Médecin Inspecteur Régional du Travail

MP : Maladie Professionnelle
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NAF : Nomenclature d'Activités Françaises
OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OPPBTP : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
ORST : Observatoire Régional de la Santé au Travail
PRITH : Plan Régional d'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PNS : Plan National de Santé
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Plan Régional Santé Environnement
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PRST : Plan Régional de Santé au Travail
PST : Plan National de Santé au Travail
PME : Petites et Moyennes Entreprises
SA : Service Autonome
SAMETH : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SMR : Surveillance Médicale Renforcée
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSTI : Service de Santé au Travail Interentreprises
SUMER : Surveillance Médicale des Risques professionnels
TPE : Très Petites Entreprises
UE : Union Européenne

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	20
Liste des figures	20
INTRODUCTION.....	22
I - Première partie : Des évolutions importantes en Santé Publique et en Santé au Travail.....	25
I-1 Une nouvelle impulsion à la politique de santé publique	26
I-2 La contractualisation	29
I-2-1 Le CPOM une réorientation des missions des pouvoirs publics	29
I-2-2 L'évolution historique des CPOM	29
I-2-3 La diffusion du CPOM au secteur médico-social.....	30
I-2-4 Le CPOM en Santé au travail.....	32
I-3 Prévention et santé au travail.....	32
I-4 Réforme en Santé au Travail	40
I-4-1 Une mutation profonde de la Santé au Travail	41
I-4-2 Raisons de la réforme de la médecine du travail	45
I-4-2-1 L'impulsion de l'Europe	45
I-4-2-2 Une insuffisance en matière de prévention des risques professionnels.....	46
I-4-2-3 Démographie médicale	47
II - Deuxième partie : Méthodologie : étude descriptive.....	49
II-1 Contexte et objectif(s) de l'étude.....	50
II-2 Population et méthodes	51
II-2-1 Des entretiens semi-directifs avec les Directeurs des SSTI lorrains :.....	52
II-2-2 Un Auto-questionnaire anonyme pour le personnel des SSTI lorrains	54
II-2-3 Entretiens avec les Correspondants CPOM des CARSAT (Nord-Est et Alsace-Moselle)	55
II-2-4 Entretiens avec le Médecin Inspecteur du Travail de la DIRECCTE	55
II-2-5 Etude et analyse des projets de service pluriannuels des SSTI lorrains.....	55
II-2-6 Analyse des bilans à un an des deux CPOM.....	56
II-2-7 Analyse des données recueillies par entretiens	56
II-2-8 Analyse statistique des auto-questionnaires.....	56
III - Troisième partie : Résultats	58
III-1 Etat des lieux des Services de Santé au Travail en Lorraine.....	59
III-1-1 Les Services de Santé au Travail de Lorraine en 2013.....	59
III-1-2 Composition des Services de Santé au Travail en Lorraine	59
III-1-2-1 Composition des Services autonomes	59
III-1-2-2 Composition des Services Interentreprises.....	60
III-1-3 Nombre d'entreprises et de salariés suivis par les SST de Lorraine.....	61
III-1-4 Evolution des SST en Lorraine entre 1998 et 2013	62
III-2 Résultats des entretiens avec les Directeurs des SSTI	65
III-2-1 Diagnostic local	65
III-2-2 Prise en compte des priorités du PRST 2.....	67
III-2-3 Actions collectives mises en œuvre par les SSTI préalablement à la réforme.....	67
III-2-4 Projet de service et actions réalisées antérieurement	71
III-2-5 Avancée de projet de service et méthodologie mise en œuvre	72
III-2-5-1 Avancée du projet de service	72
III-2-5-2 Méthodologie mise en œuvre	73
III-2-5-3 Rôle du Conseil d'administration et de la Commission de Contrôle.....	78
III-2-5-4 Quels moyens donnés pour l'élaboration du projet de service ?	79
III-2-6 Contenu des projets de service lorrains	80
III-2-6-1 Organisation et moyens.....	80
III-2-6-2 Contenu des projets de service	82
III-2-7 Aide des partenaires et temporalité de la réalisation du projet de service	84
III-2-7-1 Aide des partenaires	84
III-2-7-2 Temporalité	85
III-2-8 Apports de la démarche de projet de service pour le SSTI.....	85
III-2-9 Organisation des équipes pluridisciplinaires	86
III-2-9-1 « Comment sont organisées vos équipes pluridisciplinaires ? ».....	86

III-2-9-2 « quels moyens pour que les MDT puissent animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire ? »	87
III-2-9-3 « Quelles difficultés dans leur mise en place ? »	88
III-2-9-4 « Quels sont les facteurs facilitant le bon fonctionnement ? »	88
III-2-10 Les CPOM	89
III-3-3 Résultats des auto-questionnaires	90
III-3-1 Caractéristiques de la population de l'étude	90
III-3-2 Mise en œuvre de la réforme	99
III-3-3 Participation à l'élaboration du projet de service	101
III-3-4 L'équipe pluridisciplinaire	108
III-3-5 Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	113
III-3-6 Questions spécifiques aux médecins du travail	119
III-4 Rôle de la DIRECCTE	122
III-4-1 Une réflexion DIRECCTE – CARSAT dès avril 2012	122
III-4-2 L'action de la DIRECCTE	123
III-4-2-1 Accompagnement de 2 SSTI dans la démarche	123
III-4-2-2 Réalisation du « chapeau » du CPOM	125
III-4-2-3 Etat des lieux des SSTI lorrains	126
III-4-2-4 Elaboration de la Politique Régionale d'agrément	127
III-4-2-5 Présentation de la Politique Régionale d'agrément au CRPRP	128
III-4-2-6 Organisation d'une réunion d'information pour les Présidents et Directeurs des SSTI	128
III-4-2-7 Les CPOM	128
III-4-2-8 Réunion de l'Inspection Médicale du Travail	130
III-5 Rôle des CARSAT	131
III-5-1 Entretiens avec les correspondants CPOM des CARSAT	131
III-5-2 Conventions de partenariat avant les CPOM	131
III-5-3 La mise en place des CPOM en lorraine	132
III-5-4 Eléments facilitateurs pour la signature des deux premiers CPOM	133
III-5-5 Difficultés rencontrées	133
III-5-6 Engagements de la CARSAT dans le cadre des CPOM	134
III-5-6 Avis général sur la démarche de contractualisation	134
III-6 Bilan à un an des 2 CPOM : quels enseignements ?	135
III-6-1 Bilan du CPOM du SST de Remiremont	135
III-6-1-1 Eléments de contexte	135
III-6-1-2 Méthodologie	135
III-6-1-3 Résultats	136
III-6-2 Bilan du CPOM de l'AST LOR'N	141
III-6-2-1 Eléments de contexte	141
III-6-2-2 Actions du CPOM	141
III-6-2-3 Méthodologie mise en œuvre pour établir le bilan d'étape	141
III-6-2-4 Les premiers résultats	142
VI. Quatrième partie : DISCUSSION	149
IV-1 A propos du choix de sujet de thèse	150
IV-2 A propos des objectifs poursuivis	151
IV-3 A propos de la méthodologie	152
IV-4 A propos des hypothèses envisagées	153
IV-5 Discussion sur les résultats	155
IV-5 Bilan des CPOM et évolution	166
V. CONCLUSION	168
ANNEXES	175
Annexe 1 GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS	176
Annexe 2 AUTOQUESTIONNAIRE	184
Annexe 3 « CHAPEAU DU CPOM »	192
RÉSUMÉ DE LA THÈSE	198

Liste des tableaux

Tableau 1 Estimation de la fraction de cancer du poumon attribuable à une exposition professionnelle chez les hommes en France	36
Tableau 2 Personnel des SSTI lorrains (au 31 décembre 2013).....	60
Tableau 3.Evolution du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises de 1998 à 2013.	60
Tableau 4 Evolution des Services de Santé au Travail (Autonomes et Interentreprises) en Lorraine de 1998 à 2013.	63
Tableau 5 Contenu des projets de service.	81
Tableau 6 Actions contenues dans les projets de service lorrains.	82
Tableau 7 répartition du nombre des réponses et taux de participation par métiers.....	91
Tableau 8 Répartition des répondants par métier selon le genre (nombre et %).	93
Tableau 9 Comparaison temps de travail des MDT aux autres professions.....	95
Tableau 10 Ancienneté par métier	96
Tableau 11 Nombre de médecins du travail par tranche d'âge.	126

Liste des figures

Figure 1 Evolution du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (dont pathologies liées à l'amiante).....	33
Figure 2 Répartition des MP par pathologie (flux CNAMTS 2012).....	34
Figure 3 Espérance de vie à 35 ans par sexe pour deux Catégories socio-professionnelles (les cadres et les ouvriers)	38
Figure 4 Pyramide des âges des médecins du travail	48
Figure 5 Evolution du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises de 1998 à 2013.....	61
Figure 6 Evolution du nombre de salariés suivis par les SSTI lorrains par période 5 ans de 1998 à 2013.	63
Figure 7 Taux de participation à l'enquête par métier.	91
Figure 8 Répartition de l'échantillon par métier	92
Figure 9 Répartition de la population selon leur classe d'âge.	92
Figure 10 Répartition des métiers selon leur classe d'âge.	93
Figure 11 Répartition de la population globale selon le genre.	94
Figure 12 Répartition des médecins du travail selon leur genre.....	94
Figure 13 Type de contrat de travail.	94
Figure 14 Temps hebdomadaire de travail	95
Figure 15 Comparaison temps de travail des MDT aux autres professions.	95
Figure 16 Satisfaction en matière de conditions de travail.....	97
Figure 17 Formation.....	97
Figure 18 Formations dans les 12 derniers mois.	98
Figure 19 Type de formation.....	98
Figure 20 La réforme une avancée en matière de prévention pour les salariés suivis.	99
Figure 21 Comparaison de l'avis des médecins du travail à celui du reste du personnel sur la réforme.	99
Figure 22 Raisons pour ceux qui pensent que la réforme n'est pas une avancée en matière de suivi de la santé des salariés.	100
Figure 23 Faites-vous partie de la CMT.....	101
Figure 24 Participation à la CMT des médecins du travail et des autres métiers des SSTI.....	102
Figure 25 Participation à l'élaboration du projet de service.....	102
Figure 26 Comparaison entre MDT et reste du personnel pour la participation à l'élaboration du projet de service.	103
Figure 27 Existence de groupes de travail.....	103
Figure 28 Participation à 1 ou plusieurs groupes de travail.	104
Figure 29 La construction du projet de service a apporté un dynamisme nouveau dans le SSTI.....	104
Figure 30 Comparaison entre avis des médecins du travail et du reste du personnel concernant l'apport d'un dynamisme nouveau par le projet de service.....	105

Figure 31 De quelle manière la construction du projet de service a apporté un dynamisme nouveau dans le SSTI ?.....	105
Figure 32 Avez-vous fait des propositions ?	106
Figure 33 Comparaison entre MDT et du reste du personnel au sujet de formulation de propositions.	106
Figure 34 Prise en compte des propositions.	107
Figure 35 Prise en compte des propositions.	108
Figure 36 Organisation de l'EP.	109
Figure 37 Composition de l'EP.	109
Figure 38 Articulation actuelle entre les métiers.....	110
Figure 39 Difficultés dans le fonctionnement de l'EP.	111
Figure 40 Avis des Médecins du travail. Figure 41 Avis du reste des métiers.	111
Figure 42 Différence claire entre projet de service pluriannuel et CPOM.	113
Figure 43 Pourquoi la différence n'est pas claire ?	113
Figure 44 Apport du CPOM.....	114
Figure 45 Comparaison des réponses des médecins du travail à celles du reste du personnel.....	115
Figure 46 Amélioration du travail commun en externe.....	116
Figure 47 Signature d'un CPOM par le SSTI.	116
Figure 48 Part du temps à consacrer aux actions du CPOM.	117
Figure 49 Part temps de travail consacrée au CPOM comparaison médecin du travail et reste des métiers.	118
Figure 50 Perception des indicateurs de chaque action du CPOM.....	118
Figure 51 Animation et coordination de l'EP.	119
Figure 52 Formation pour animer et coordonner l'EP.	119
Figure 53 Temps pour animer et coordonner l'EP.....	120
Figure 54 Difficultés exprimées par les MDT dans l'exercice du rôle d'animateur et de coordinaiteur de l'EP.	120

INTRODUCTION

La médecine du travail a été instituée par la loi du 11 octobre 1946. Son principe fondateur est « *d'éviter toute altération de l'état de santé des travailleurs du fait de leur travail* ».

Depuis plus de vingt ans, cette institution a connu plusieurs réformes impulsées essentiellement par « le scandale de l'amiante » et la réglementation européenne [1-2]. Il a fallu près de soixante cinq ans pour modifier la loi de 1946 et pour renforcer le dispositif. Les textes législatifs (la loi du 20 juillet 2011) et réglementaires (les décrets du 30 janvier 2012) changent fondamentalement le fonctionnement et l'organisation des services de santé au travail et l'exercice de la médecine du travail [3].

La loi de 2009 « Hôpital, patients, santé et territoires » a permis un rapprochement entre les différents acteurs en s'investissant dans les politiques de prévention en santé au travail. Une véritable politique régionale au sein des Comités régionaux de prévention des risques professionnels s'est mise en place afin d'améliorer la prévention en santé travail qui se décline collectivement au travers des actions du Plan Régional de Santé Travail [4].

La dernière réforme introduit la dimension de contractualisation entre les acteurs de la prévention des risques professionnels, Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI), Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle place les Services de Santé de Travail Interentreprises dans une démarche de projet avec l'élaboration d'un projet de service pluriannuel pour répondre aux besoins en prévention des entreprises et renforce les équipes pluridisciplinaires « *unité opérationnelle* » des Services de Santé au Travail [5].

Cette réforme représente une profonde mutation de la politique de la santé au travail qui s'inscrit dans celle plus large de la santé publique et doit permettre de développer des démarches collectives en lien avec les enjeux de santé publique [6]. Cette réforme a été votée alors que pour la première fois de l'histoire de la France Travail et Santé étaient-sous la tutelle du même ministère¹. S'agit-il d'une simple coïncidence ?

¹ Monsieur Xavier Bertrand était le *Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé*: de novembre 2010 à mai 2012.

Nous avons choisi dans notre thèse, de mettre en évidence des éléments sur la mise en œuvre de la réforme dans la région Lorraine et son impact en matière de prévention des risques professionnels.

Dans une première partie de notre travail, nous ferons un point sur l'histoire de la planification en France qui marque le passage d'une approche de santé centrée sur l'individu à une santé appréhendée à l'échelle d'une population avec un pilotage unique dans les régions par la mise en place des agences régionales de santé (ARS) ayant compétence pour tous les domaines : soins, médico-social, sécurité sanitaire, prévention et promotion de la santé. Nous consacrerons un chapitre sur la démarche de contractualisation dans le domaine de la santé publique puis en santé au travail. En fin de cette première partie, nous développerons un chapitre sur la place de la santé au travail dans le domaine de la prévention et sur la récente réforme de la médecine du travail.

Dans la seconde partie nous présenterons la méthodologie développée dans ce travail de recherche.

La troisième partie sera consacrée à l'étude de la mise en œuvre de la réforme dans les services de santé au travail interentreprises de Lorraine. Après un état des lieux en 2013, nous étudierons l'évolution de l'organisation de ces services dans les 15 dernières années, puis nous analyserons le processus d'élaboration des projets de services à partir de l'enquête réalisée auprès des directeurs de service et des membres des équipes pluridisciplinaires. Nous présenterons ensuite les bilans des deux premiers contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus en Lorraine.

Enfin, nous discuterons les objectifs et hypothèses de cette étude ainsi que les différents résultats recueillis tout au long de ce travail en les croisant avec des données bibliographiques et proposerons quelques réflexions personnelles et perspectives.

I - Première partie :

Des évolutions importantes en Santé Publique et en Santé au Travail

I-1 Une nouvelle impulsion à la politique de santé publique

Le processus d'émergence des politiques régionales de santé et de la politique contractuelle entre hôpital et les tutelles a été initié en 1991 par la loi de réforme hospitalière² [7-8]. Pour cela des conférences régionales de santé, des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) soutenus par des Programmes Nationaux de Santé (PNS), ont été mis en œuvre. La décentralisation des politiques sociales et la déconcentration des programmes de santé ont généralisé une forme de planification étendue progressivement à tous les secteurs de santé publique [8,9-10].

Comme l'a souligné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport annuel de 2003 consacré à la prévention : « *Une politique de prévention appelle des savoir-faire et des modes d'intervention (action territorialisée, transversale, interinstitutionnelle, pluriannuelle) qui se situent à l'opposé de la culture administrative traditionnelle (fondée sur une logique sectorielle, verticale, spécialisée, annuelle)* » [11].

Ce processus a été confirmé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004 qui limite le nombre de PNS et donne les objectifs de santé publique pour mieux intervenir sur tous les déterminants de santé afin de réduire les inégalités, sociales et géographiques de santé. Cette loi a été signée par quinze ministres et deux secrétaires d'État et a donné les priorités du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), successeur du Projet Régional de Santé (PRS).

L'Etat vise par cette loi le rapprochement du monde de la santé publique, du monde des soins et du monde médico-social. Cette loi parle également des conditions de travail au même titre que des autres déterminants de l'état de santé et fixe le principe d'objectifs de santé publique (L.1411-2) qui sont à atteindre par des programmes spécifiques nationaux et régionaux évalués avec des indicateurs quantifiés pour les cent objectifs.

² LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

A titre d'exemple nous pouvons citer :

- Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance.
- Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.
- Bâtiments publics : Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400 Bq/m³ (valeur guide de l'UE).
- Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NO_x, ozone et particules en particulier) dans les villes (- 20 % par rapport à 2002).
- Atteintes sensorielles chez l'adulte : réduire la fréquence des troubles de la vision et des pathologies auditives méconnus, assurer un dépistage et une prise en charge précoce et prévenir les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité associées et leurs conséquences.
- Broncho-pneumopathie chronique obstructive : réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de vie.

Quatre indicateurs (14 à 17) sont spécifiques à la santé au travail à savoir :

- 1) Réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail.
- 2) Réduire de 20 % le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.
- 3) Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003.
- 4) Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérogènes (cat. 1 et 2) par la diminution des niveaux d'exposition.

Le plan "hôpital 2007" introduit le financement à l'activité et poursuit la contractualisation des offreurs de soins amorcée en 1996 par le schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (SROS II).

Les missions de service public sont définies par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite Loi HPST. Cette loi propose une nouvelle organisation des établissements de santé, publics et privés, pilotée par des Agences Régionales de Santé (ARS) créées en remplacement des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Elle a également élargi la contractualisation aux offreurs de services de santé dans les domaines de la prévention, du soin et du médico-social ainsi qu'à des professionnels de santé conventionnés [12].

La création des ARS s'inscrit dans un objectif de mieux prendre en compte les techniques de santé publique et, en particulier, de rééquilibrer les deux approches curatives et préventives. Par ailleurs, le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) a tenté de décroisonner soins et prévention en favorisant des liens entre les thématiques obligatoires et les priorités des PRSP. L'un des enjeux majeurs de cette réforme est de donner un pilotage régional et unifié au système de santé et de décliner les orientations nationales en tenant compte des besoins et spécificités de chaque région (ou territoire).

En matière de prévention et promotion de la santé, l'ARS applique une démarche de santé publique dont les objectifs consistent à :

- Analyser l'état de santé des populations et ses déterminants, coordonner les différentes sources d'information en santé, évaluer l'exposition des populations aux différents risques et estimer leur impact sanitaire ;
- Définir les priorités régionales de santé ;
- Organiser le dispositif de manière globale par l'approche interministérielle et intersectorielle qui permet de mettre en œuvre ces priorités en tenant compte des priorités nationales et de disposer d'une marge d'initiative additionnelle propre.

Cette démarche doit déboucher sur des programmes avec la définition d'objectifs et de mesures, l'attribution de moyens financiers et la mise en place de dispositifs de suivi et d'indicateurs d'évaluation [13].

I-2 La contractualisation

I-2-1 Le CPOM une réorientation des missions des pouvoirs publics

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) s'inscrit dans ce développement des politiques publiques. Dans le cadre de l'organisation des activités des établissements de santé, l'ARS conclut un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens d'une durée maximale de cinq ans avec chaque établissement de santé. Il est attendu des CPOM qu'ils constituent le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS.

Le CPOM est donc un document bilatéral entre l'établissement et l'ARS. C'est un outil de pilotage majeur de l'organisation des soins pour une meilleure régulation territoriale de l'offre de santé tant sur les plans organisationnels que financiers. Cette cohérence territoriale s'appuie sur le diagnostic régional partagé, préalable à la préparation et à la signature du contrat, et constitue un point de vigilance lors des revues annuelles de contrat. Néanmoins, l'ARS doit s'assurer du positionnement de l'établissement sur son territoire. Le diagnostic régional partagé est le socle de l'élaboration du Plan Régional de Santé Publique (PRSP). Il s'articule autour de trois principaux axes : l'état de santé de la population de la Région, le bilan des programmes et des actions mises en œuvre dans la Région et celui des ressources disponibles.

I-2-2 L'évolution historique des CPOM

Les CPOM ont vu leur champ s'élargir avec le temps, en effet, ils ne sont plus limités aux établissements de santé et autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

Trois générations de CPOM ont été distinguées :

-  CPOM 1^{ère} génération : la Loi L6114-1 CSP et l'Ordonnance n 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

- ✚ CPOM 2^{ème} génération : Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation³.
- ✚ CPOM 3^{ème} génération⁴ ce dernier reflète l'ensemble des politiques (nationales, régionales et locales). Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le contenu des CPOM est défini par le décret du 4 octobre 2010 (articles D. 6114-2 et D. 6114-3 du CSP)

Toutes ces catégories de CPOM relèvent néanmoins d'une logique commune : l'association étroite des acteurs de santé à la mise en œuvre opérationnelle des stratégies régionales de l'offre en santé.

Les contrats sont signés par le directeur général de l'agence régionale de santé et des personnes physiques et morales.

Des organismes concourant aux soins (réseaux de santé, centres de santé, pôles de santé et maisons de santé), des universités, des établissements publics scientifiques et technologiques ou d'autres organismes de recherche ainsi que des professionnels de santé exerçant à titre libéral, peuvent être appelés au contrat pour tout ou partie de ses clauses. En cas de pluralité d'organismes de recherche, le contrat est signé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale⁵.

I-2-3 La diffusion du CPOM au secteur médico-social

Dans le secteur médico-social, l'article 36 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 a ajouté dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) l'article L. 313-11 mentionnant les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Cet article vise à permettre aux tutelles de mieux contrôler les coûts des établissements et services sociaux et médico-sociaux

³ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

⁴ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf

⁵ Article L6114-1 Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010.

qu'elles financent. L'établissement qui souhaiterait conclure un CPOM médico-social devrait le faire en sus du CPOM sanitaire compte tenu des différences importantes de nature entre ces deux formes de contractualisation. Dans ce cas, il conviendra d'assurer une convergence entre les objectifs des deux contrats, notamment pour ce qui concerne le parcours des patients au sein de l'établissement, par exemple les établissements de la filière gériatrique.

Le CPOM médico-social est plus resserré que le CPOM sanitaire, il contient des aspects relatifs à :

- l'activité des établissements médico-sociaux,
- l'organisation ou la restructuration de l'offre,
- la qualité,
- la partie financière.

Le CPOM constitue également un outil de référence pour le pilotage interne de l'établissement. Son contenu devrait offrir aux chefs d'établissements la lisibilité nécessaire au management des ressources humaines et financières. Les annexes aux CPOM constituent à ce titre une référence opérationnelle permettant de définir la trajectoire d'évolution de l'activité et du fonctionnement de l'établissement. Le décret du 2 novembre 2006 prévoit les modalités de suivi des CPOM par la définition des indicateurs de suivi et de résultats, l'établissement d'un rapport annuel d'étape et d'un rapport final.

Il est important de préciser que *"les CPOM ne sont pas des instruments juridiques revêtant exactement les caractéristiques d'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques conjointement déterminée entre l'autorité publique et la personne chargée de mettre en œuvre la mission qui lui incombe"*⁶.

⁶ Observations du gouvernement, 8 juillet 2009, JO du 22 juillet 2009.

I-2-4 Le CPOM en Santé au travail

Jusqu'à la Loi du 20 juillet 2011 réformant la médecine du travail et l'organisation des services de Santé au travail, la santé au travail n'était pas inscrite dans ce grand courant qui réorganise la santé publique dans tout son fonctionnement.

L'obligation pour chaque Service de Santé au Travail Interentreprises d'élaborer son projet de service première étape systématique avant tout engagement dans un CPOM puis de signer un CPOM avec la DIRECCTE et la CARSAT s'inscrit désormais dans cette évolution de la santé publique. Cependant nous verrons au cours de cette recherche les différences entre ces types de CPOM.

I-3 Prévention et santé au travail

Le système de la médecine du travail et des services de santé au travail, institutionnalisé en 1946, constitue le premier réseau de prévention en France [14]. Placé au cœur de cette institution, le médecin du travail est l'acteur de prévention le plus présent dans les entreprises et, en particulier, dans les plus petites d'entre elles, et celui qui est capable, par son action en milieu de travail et le suivi individuel de la santé des salariés, d'appréhender l'ensemble des facteurs pouvant avoir des conséquences sur la santé des salariés tant d'un point de vue collectif qu'individuel.

Ce système repose sur des principes qui restent au cœur de son organisation : le premier de ses principes est son **universalité**, en effet la médecine du travail s'adresse à tous les salariés quels que soient leur secteur d'activité, la taille de leur entreprise, leur catégorie socio-professionnelle.

Le deuxième est sa **spécialisation**, la médecine du travail est une des 42 spécialités médicales reconnues en France et des 54 spécialités médicales de la communauté européenne [15].

Le troisième est l'**indépendance professionnelle** garantie par la loi des médecins du travail.

Vient ensuite **le rôle exclusivement préventif du médecin du travail** comme défini depuis 1946 : *"éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail"*.

Un autre principe fondamental est **le rôle de conseil** du médecin du travail tant vis-à-vis de l'employeur que de chaque salarié et de leurs représentants.

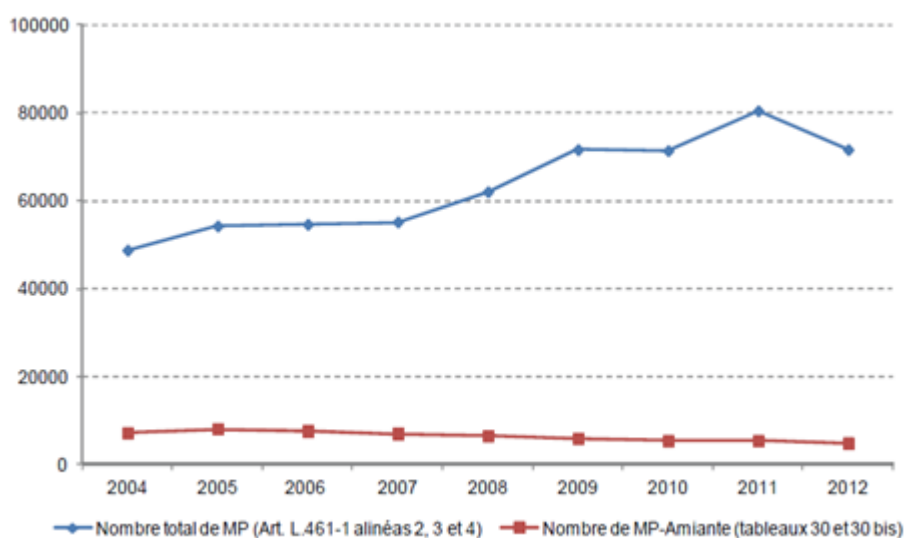
L'organisation de la médecine du travail dès 1946 est une obligation pour les employeurs, son financement est à leur charge.

Si pendant très longtemps les conséquences sur la santé des salariés des expositions professionnelles restaient invisibles dans l'espace public car maintenues dans le seul périmètre de l'entreprise, depuis 1980-1990, elles ont commencé à être étudiées à partir de recherches et d'études épidémiologiques et diffusées dans des ouvrages et publications.

Dorénavant, il est bien établi que les conditions de travail et l'organisation du travail peuvent avoir des conséquences non seulement sur la santé des salariés, mais dans leur vie extra-professionnelle se prolongeant ainsi dans leur environnement familial et social.

Beaucoup de contraintes professionnelles persistent (gestuelle répétitive, bruit, poussière, chaleur, froid, manipulation de charges lourdes, agents chimiques ou biologiques à l'origine de maladie professionnelle (ou à caractère professionnel). On constate, dans les statistiques de la CNAMTS, une progression continue du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues [Figure 1].

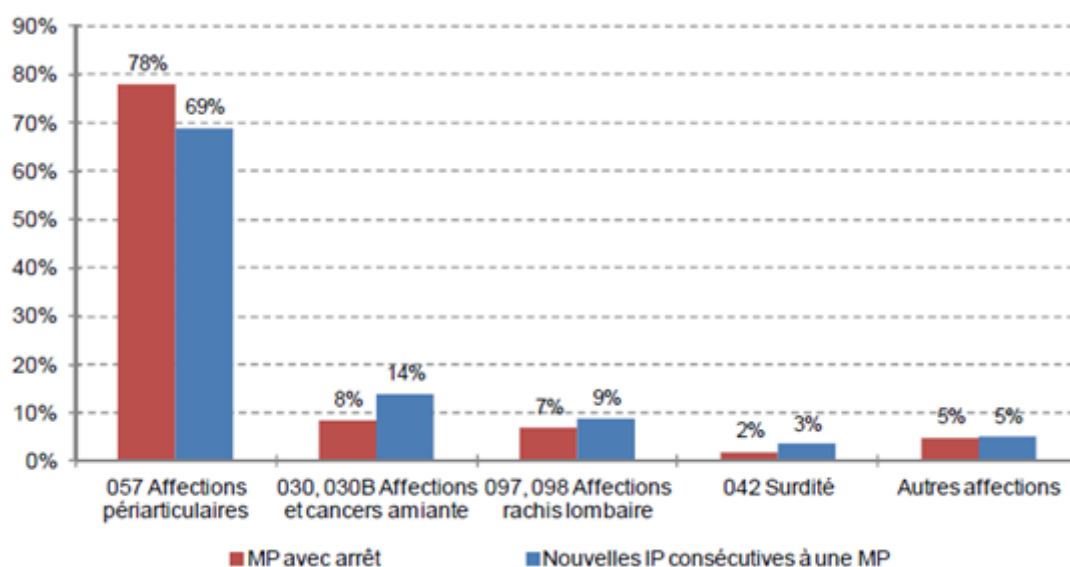
Figure 1 Evolution du nombre de maladies professionnelles nouvellement reconnues (dont pathologies liées à l'amiante)



Source : CNAMTS (statistiques trimestrielles)-juin 2013.

La répartition des MP par pathologie retrouve une très forte concentration du nombre de maladies professionnelles reconnues sur un petit nombre de pathologies avec une nette prédominance des affections péri-articulaires (tableau 57 du régime général). Selon les données de la CNAMTS sur les 54 015 maladies professionnelles avec arrêt dénombrées en 2012, 78 % sont des affections péri-articulaires, 8 % sont des maladies dues à l'amiante (tableaux 30 et 30bis du régime général), 7 % sont des affections chroniques du rachis lombaire (tableaux 97 et 98 du régime général) et les 7% restants sont des maladies diverses (surdité, allergies, affections respiratoires, MP hors tableau...) [Figure 2] [16].

Figure 2 Répartition des MP par pathologie (flux CNAMTS 2012)



Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP)-2013.

Mais ces données chiffrées de reconnaissance de maladies professionnelles sont la partie émergée de l'iceberg en témoignent les éléments ressortant des quinzaines de maladies à caractère professionnel qui mettent en évidence que 7% des salariés présentent du point de vue de l'expertise des médecins du travail, une pathologie directement en lien avec leur travail.

Ce programme de surveillance se fait par un réseau de médecins du travail volontaires qui signalent sur une période de 2 semaines, 2 fois par an, l'ensemble des MCP qu'ils rencontrent au cours de leurs visites médicales. Cette surveillance a été mise en place en 2002 par le département santé travail de l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec l'Inspection médicale du travail et le soutien de certaines Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) de l'Institut de veille sanitaire et de certains Observatoires régionaux de la santé. Ce programme est inscrit dans le Plan santé travail 2010-2014 en vue de son extension au national.

Des données sociodémographiques sont recueillies de manière à pouvoir calculer les prévalences de différentes pathologies, en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie sociale et du secteur d'activité. En 2008, huit régions participaient (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur depuis 2006, Alsace, Franche-Comté et Aquitaine depuis 2007, et Centre depuis 2008). Les agents d'exposition professionnelle mis en cause par les médecins du travail lors du signalement d'une pathologie sont classés en quatre groupes : les facteurs organisationnels et relationnels, les ambiances et contraintes physiques, les agents biologiques, et les agents chimiques.

En 2008, à l'exception des troubles auditifs, les prévalences sont plus élevées chez les femmes. Elles augmentent avec l'âge jusqu'à 54 ans, puis diminuent légèrement chez les sujets plus âgés. Les principales pathologies étaient les troubles musculosquelettiques (TMS) (2,7 % chez les hommes et 3,6 % chez les femmes), suivie de la souffrance psychique (1,1 % versus 2,4 %). Un gradient descendant des ouvriers vers les cadres est observé pour les TMS, l'industrie et l'agriculture étant les secteurs les plus concernés. Un gradient inverse est observé pour la souffrance psychique, où le secteur de la finance est le plus concerné. Les facteurs organisationnels et relationnels sont des facteurs de risque pour nombre de pathologies) [17].

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) estime que les expositions professionnelles sont responsables de 4 à 8,5% des cancers soit entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an avec une disparité entre les sexes, les hommes constituent 84 % des salariés exposés [18-19]. Ainsi les fractions attribuables aux expositions professionnelles des cancers du poumon sont entre 13% et 29% [Tableau 1] [20].

Tableau 1 Estimation de la fraction de cancer du poumon attribuable à une exposition professionnelle chez les hommes en France

	Nombre de cas France <i>N1</i>	Estimation de la fraction attribuable à une exposition professionnelle <i>FA</i> Littérature internationale		Nombre de cancers attribuables à une exposition professionnelle <i>N2 = N1 X FA</i>	
		Hypothèse basse (a)	Hypothèse Haute (b)	Hypothèse basse (a)	Hypothèse Haute (b)
Mortalité cancer du poumon 1999 (CépiDC Inserm) Hommes	20 867	13 %	29 %	2 713	6 051
Incidence cancer du poumon 1995 (réseau Francim, ministère de la Santé) Hommes	18 713	13 %	29 %	2 433	5 427

(a) : fractions attribuables estimées par Kogévinas et al. pour l'Europe

(b) : fractions attribuables estimées par le Finnish Institute of Occupational Health, Finland

Source : InVS

Une étude récente cas-témoins a été menée dans la région Nord Est de la France (dont la Lorraine) avec des taux élevés de cancers du poumon. Cette région est marquée par un passé d'industrie sidérurgique et minière. L'étude retrouve que la fraction attribuable aux facteurs professionnels dépasse 50 %. Les facteurs professionnels les plus importants sont la silice cristalline et l'amiante. L'étude conclut que les facteurs professionnels sont des facteurs de risque importants et ne devraient pas être oubliés lors de la définition des populations à haut risque de développer un cancer du poumon [21].

L'enquête SUMER réalisée par la DARES et l'inspection médicale du travail (DGT) décrit les expositions des salariés aux différents risques professionnels (contraintes organisationnelles et psychosociales, contraintes physiques, produits chimiques et biologiques) et permet de suivre leur évolution au fil du temps (3 enquêtes comparables en 1994, 2003, 2010). Les enquêteurs sont les médecins du travail. Ils ont été 2400 en 2010 et ont interrogé 54 000 salariés (48 000 salariés ont répondu). Grâce à un travail statistique de redressement ils sont représentatifs de 22 millions de salariés.

L'enquête 2010 permet de mettre en évidence des points d'amélioration : la diminution de la proportion de salariés exposés aux produits chimiques cancérigènes de 13% en 2003 à 10% en 2010. Dans le domaine organisationnel la situation des salariés en contact avec le public

s'est plutôt améliorée : la proportion de ceux qui vivent des tensions a diminué de 2 points et celle des personnes ayant subi des agressions a diminué de 3 points.

Cependant d'autres risques ont connu une croissance : les salariés signalent plus souvent des comportements hostiles dans le travail. Ces situations sont signalées par 22% des salariés en 2010 contre 16% en 2003 avec un lien fort avec des dysfonctionnements organisationnels. Les expositions aux risques physiques restent stables sauf pour les ouvriers. L'intensité du travail n'augmente que légèrement entre 2003 et 2010 mais les marges de manœuvre des salariés se réduisent notamment pour les professions les plus qualifiées. Au total la proportion de salariés connaissant une « tension au travail » a augmenté entre 2003 et 2010 [22].

À ces contraintes s'ajoutent les risques émergents (nanotechnologies, risques biologiques...). Le maintien de l'employabilité des seniors devient une préoccupation majeure dans un contexte de vieillissement de la population active et une progression actuelle du taux de chômage. Par ailleurs, les liens entre le chômage, la précarité de l'emploi et la dégradation de la santé sont aujourd'hui bien établis.

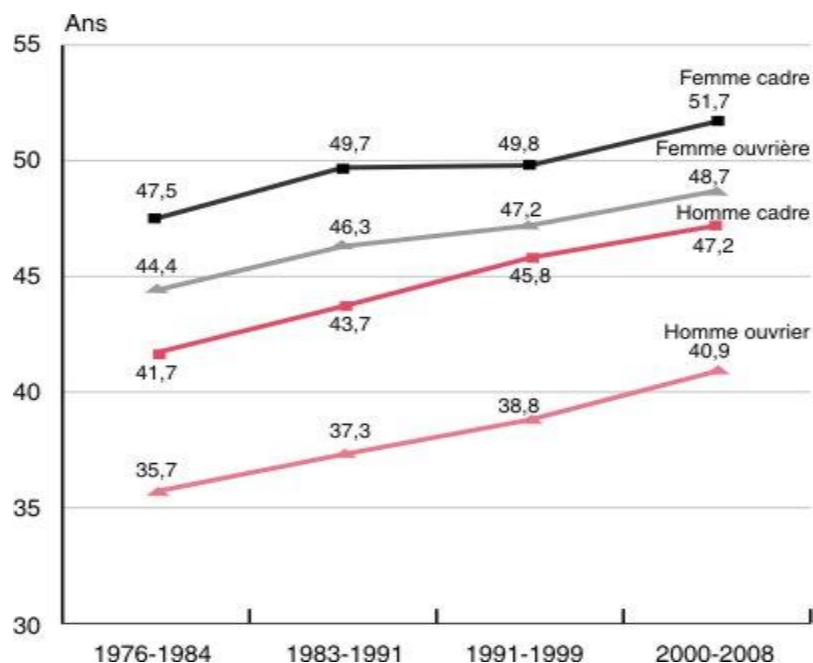
Ces constats justifient non seulement de poursuivre et d'amplifier les interventions de prévention des risques liés au travail dans les entreprises (actions sur les expositions professionnelles susceptibles d'altérer la santé des salariés), mais encore d'y développer des pratiques de promotion de la santé (actions sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé ainsi que le bien-être physique et mental des salariés).

Dans le système français, l'obligation de préservation de la santé physique et mentale de ses salariés et donc de prévention relève de la responsabilité de l'employeur. La réglementation s'appuie sur l'obligation de recours à des services de santé au travail, dans leur rôle de conseil en matière de prévention.

Les facteurs professionnels sont des déterminants importants de la santé de la population, il est important d'avoir une vigilance particulière sur le milieu du travail où une population importante d'individus y *passé la majorité de leur vie éveillée*.

L'espérance de vie bien qu'elle soit en progression continue depuis la fin de la seconde guerre mondiale, reste différente d'une catégorie sociale à une autre selon les données recueillies à partir de l'échantillon démographique permanent de l'INSEE [Figure 3] [23].

Figure 3 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour deux catégories socio-professionnelles (les cadres et les ouvriers)



Lecture : en 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Le dispositif de santé au travail en France est issu de la médecine légale et demeure encore très centré sur la prévention dite tertiaire, l'aptitude des salariés et la réparation des dommages liés au travail. En 2003, l'IGAS indiquait de son rapport que *"le certificat d'aptitude n'a jamais garanti autre chose que l'accomplissement d'une formalité administrative"* [24].

Le passage d'une logique de réparation (prévention tertiaire) à une logique de prévention primaire a été initié au niveau de l'Union européenne avec l'adoption de la directive 89/391/CE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs et introduisant une approche de prévention primaire relativement nouvelle par rapport au dispositif français.

Depuis la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les «services de médecine du travail» sont devenus des «services de santé au travail». Ce changement de terminologie a marqué la volonté des pouvoirs publics de placer l'action préventive au cœur des missions du médecin du travail et d'étendre les compétences des services au-delà du champ strictement médical, par le recours aux intervenants en prévention des risques professionnels. Cette loi précise que *"La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé."*⁷

Dans ce cadre, et suite au décret du 24 juin 2003 relatif à la pluridisciplinarité les services se sont vus contraints de mettre en œuvre une approche pluridisciplinaire, garante de l'effectivité d'une prévention de type primaire et correspondant aux exigences de l'article 7 de la Directive-Cadre européenne du 12 juin 1989 [25].

Le décret du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail, en application de la directive européenne de 1989, a mis l'accent sur la prévention des risques. Ce dispositif repose essentiellement sur la médecine du travail, qui n'est pas assez armée pour agir sur les facteurs d'environnement professionnel susceptibles d'affecter la santé des salariés (Rapport Conso, Frimat, 2007) [26] et encore moins pour promouvoir un environnement professionnel favorable à la santé.

⁷ La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

I-4 Réforme en Santé au Travail

La santé au travail comporte un certain nombre de particularités par rapport aux autres disciplines médicales, du fait notamment d'un cadrage réglementaire strict de ses missions et de son activité, et d'une dimension essentiellement préventive, dans un contexte spécifique (le milieu du travail).

En 2009, plus de 16,1 millions de salariés étaient suivis par 6.435 médecins du travail, dont 2.966 travaillaient temps plein et 3.469 à temps partiel, au sein de 904 services de santé au travail, dont 612 services autonomes et 292 services interentreprises, de dimensions très variables [27].

Entre 2007-2011, plusieurs rapports nationaux ont été publiés sur plusieurs thématiques [2, 26, 28-33] : l'aptitude et l'inaptitude médicale au poste de travail (rapport Gosselin), l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail (rapport IGAS, Frimat, Conso), la pluridisciplinarité en santé en travail, l'avenir de la médecine du travail (par le Conseil Economique et Social)...

L'ensemble de ces rapports insistaient sur la nécessité de réformer le système pour s'adapter aux nouveaux enjeux. Ils proposaient, entre autres de :

- prioriser la prévention primaire par le repérage des risques professionnels,
- maîtriser la démographie des médecins du travail,
- proposer des organisations alternatives de suivi des salariés (actions collectives ciblées),
- déléguer des tâches des médecins vers des collaborateurs spécialisés : infirmiers, ingénieurs, techniciens...

I-4-1 Une mutation profonde de la Santé au Travail

Loi du 20/07/2011 et Décrets du 30/01/2012 : Une nouvelle législation qui renforce les orientations précédentes.

Cette nouvelle réglementation :

- définit des missions pour les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI), alors qu'auparavant seules les missions des médecins étaient définies par la loi,
- réforme la gouvernance en introduisant le paritarisme au sein du conseil d'administration,
- conforte l'approche pluridisciplinaire, en redéfinissant les périmètres des métiers et leurs collaborations,
- structure l'organisation et les activités d'un SSTI autour de la mise en place d'un Projet de Service Pluriannuel et d'une contractualisation entre d'un côté les services de santé au travail interentreprises, et de l'autre les services de l'Etat (la Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi) et les organismes de sécurité sociale (les caisses d'assurance retraite et de santé au travail) en application de l'article L.4622-14 du Code du Travail "*Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein de la commission médico-technique, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu ci-dessus. Le projet est soumis pour avis au conseil d'administration du SSTI. Il fait partie du dossier accompagnant la demande d'agrément ou de renouvellement*", et de l'article D.4622-44 du Code du travail "*Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 4622-10 est conclu entre chaque service de santé au travail agréé d'une part, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi et les organismes de prévention des caisses de sécurité sociale d'autre part, après avis du comité régional de prévention des risques professionnels siégeant dans une formation restreinte composée des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 4641-31.*

Elle ouvre également la voie à des adaptations de la surveillance médicale, par la modulation de l'espace et de la périodicité des visites médicales par la décision d'agrément de la DIRECCTE.

Cette nouvelle réforme de l'organisation de la médecine du travail est entrée en vigueur le 1er juillet 2012. Elle doit permettre d'améliorer le service rendu aux salariés et aux employeurs. Cette réforme vise à établir les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés [34].

L'accent a été mis sur leur rôle exclusivement préventif ainsi que sur certaines missions, qu'elles soient réaffirmées comme la veille sanitaire, ou nouvelles comme la prévention de la pénibilité ou de la désinsertion professionnelle. Cette loi instaure notamment la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'Etat, les CARSAT et les Services de Santé au Travail Interentreprises, à laquelle les partenaires sociaux dans le CA de chaque SSTI et dans le CRPRP et les Agences Régionales de Santé (ARS) sont associés.

L'enjeu de la réforme de la médecine du travail est aujourd'hui celui de son appropriation par les différents acteurs pour promouvoir une politique de santé efficace en privilégiant des actions collectives pour tous les salariés et en améliorant l'efficacité des actions de prévention primaire. Le développement de la pluridisciplinarité doit être renforcé et la mise en cohérence des actions entre des acteurs complémentaires doit être favorisée afin d'assurer des suivis collectifs et individuels les mieux adaptés aux besoins et aux connaissances scientifiques.

Le premier Plan Santé Travail (PST) élaboré en 2005 à l'initiative du Ministre chargé du Travail reprend à son compte des indicateurs cités dans la loi de 2004 et cette volonté de développer la connaissance scientifique [35].

La santé au travail en région est administrativement sous la tutelle des services du Ministère du Travail et les Plans Régionaux Santé-Travail ont été bâtis dans le meilleur des cas en complémentarité avec les Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) et les Plans Régionaux Santé Environnement (PRSE). Un pilotage régional à travers les CPOM peut contribuer à

assurer une meilleure couverture territoriale des besoins en santé au travail et en santé publique.

Le CPOM des services de santé au travail interentreprises définit les actions visant à :

- ❑ Mettre en œuvre les priorités d'actions du projet de service pluriannuel et faire émerger les bonnes pratiques.
- ❑ Améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.
- ❑ Mettre en œuvre les objectifs régionaux retenus dans le PRST.
- ❑ Promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail.
- ❑ Mutualiser, y compris entre les SSTI, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises.
- ❑ Cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques.
- ❑ Permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devra également indiquer les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés et déterminer les modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide *d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs* (article D.4622-46 du Code du travail). Il s'agit donc d'**une démarche évaluable** et fondée sur des indicateurs de suivi et de résultats.

Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Dans le dictionnaire Larousse, les indicateurs du plan ou d'alerte, sont définis comme *un ensemble des données renseignant sur l'évolution économique par rapport aux objectifs du plan*. Selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) : *Un indicateur est une information, nécessairement chiffrée, normalisée (au moyen d'une fiche indicateur) produite à intervalle régulier qui permet à une entité de suivre/piloter sa performance en répondant à une « question clé » (ex. : atteinte d'un objectif, réalisation d'une mission...)* [36].

Les équipes de santé au travail attendent des indicateurs ciblés et une approche typologique selon les problématiques de santé rencontrées : des indicateurs pour faire un état des lieux et un diagnostic, mais aussi des indicateurs pour bâtir des stratégies d'action et pour le suivi et l'évaluation des actions. Dans le domaine des risques d'origine professionnelle, on peut citer les indicateurs suivants : exposition à des facteurs de risque établis pour les pathologies d'origine professionnelle, indicateurs d'impact sur la santé des populations, notamment fractions de risque et nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels pour ces pathologies et des indicateurs de sinistralité représentés par les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les informations chiffrées AT/MP peuvent être déficients pour la prévention, entre autres parce qu'ils se posent comme des outils de mesure alors qu'ils ont été conçus pour alimenter les pratiques de gestion des risques et de tarification [37] mais aussi parce qu'ils mettent en évidence les conséquences a posteriori mais ne sont pas des indicateurs pertinents pour la prévention a priori des risques.

Le partage des indicateurs entre les différents acteurs est la condition nécessaire pour que soit effective la participation de tous les acteurs au pilotage de la santé au travail. Ce partage est indispensable au développement de la pluridisciplinarité et à l'amélioration de la cohérence des actions. Les indicateurs chiffrés d'activité, tels que le nombre de visites réalisées ou d'actions de « tiers-temps », sont bien sûr importants mais ne peuvent constituer les indicateurs exclusifs, ni même principaux, dans ce processus d'évaluation [38]. Le choix des indicateurs

fait l'objet d'un accord et le suivi des objectifs des contrats nécessite la pertinence⁸, la robustesse⁹ et la productibilité¹⁰.

Les indicateurs sont des outils indispensables pour évaluer les résultats, les écarts et les progrès. Au niveau national et plus particulièrement depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, l'État a souhaité se doter, d'un certain nombre d'indicateurs destinés à suivre l'évolution de l'état sanitaire en France à partir du suivi des différents Plans d'action thématiques dans les domaines de l'environnement, du cancer et de la santé, en lien avec le travail.

La note conjointe DRT/DRP du 2 mai 2012 rappelle la nécessité de définir pour chaque programme d'action des indicateurs de suivi et de résultats qualitatifs et quantitatifs, simples, pragmatiques et partagés pour s'assurer de la mise en œuvre des actions du CPOM et d'en faire l'évaluation à son terme. Ces indicateurs ont vocation à servir de supports à des informations régulières de la CMT et du conseil d'administration du SSTI contractant sur l'avancement du CPOM.

I-4-2 Raisons de la réforme de la médecine du travail

Les principales raisons de la dernière réforme de la médecine du travail peuvent être résumées par les points suivants :

I-4-2-1 L'impulsion de l'Europe

Comme cité précédemment, le système français de médecine du travail a été amené à se réformer pour se mettre en conformité avec la réglementation européenne par la transposition de la directive cadre sur la santé au travail du 12 juin 1989. Cette directive introduit deux points essentiels : l'évaluation a priori des risques par les employeurs qui « *doivent disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail* » ; (article 9 de la

⁸ capacité de la donnée de caractérisation ou de l'indicateur à répondre à l'objectif qui lui est assigné/à la question soulevée.

⁹ compréhension partagée de la définition de l'indicateur, du mode de calcul, des données sources, de la période de référence, des clés de lecture...

¹⁰ disponibilité des données dans les systèmes d'information, possibilité d'extraction de ces données.

directive) et la possibilité de faire appel à des compétences diverses pour prévenir les risques professionnels (article 7 de la directive).

L'obligation d'évaluation a priori des risques a été traduite en droit français par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 puis par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 [39].

La France a accéléré sa mise en conformité suite à la mise en demeure par la commission européenne d'adapter son système de prévention afin de mettre en place les différentes compétences qui doivent assurer la prévention des risques professionnels. Cette adaptation s'est traduite par la signature d'un accord interprofessionnel sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels le 13 septembre 2000 dont l'article 1 propose la mise en place d'une véritable pluridisciplinarité afin d'améliorer le dispositif de prévention des risques professionnels. La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a ensuite rendu obligatoire l'approche pluridisciplinaire puis le décret du 24 juin 2003 qui assure la transposition en droit français de l'article 7 de la directive cadre européenne de 1989. Ainsi, la dernière réforme est une continuité et un renforcement du processus issu des décisions européennes.

I-4-2-2 Une insuffisance en matière de prévention des risques professionnels

Le modèle français de prévention des risques professionnels a été mis en cause suite au drame de l'amiante qui a été un élément déclencheur pour mettre en cause le fondement de la visite individuelle systématique (rapport Jean Le Garrec, *"Ne plus perdre sa vie à la gagner: 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante"*, Assemblée Nationale, 2006). La condamnation de l'État par la plus haute juridiction administrative (Conseil d'État, 3 mars 2004) a confirmé le diagnostic d'une carence de la politique de santé au travail.

« *C'est un constat sévère, évoquant la « faillite » d'un système historique de gestion des risques professionnels gouverné par un objectif de réparation. Il remet en cause l'approche clinique individuelle fondée sur la visite systématique.* » (rapport André Flajolet "Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire : *Peut-on réduire les disparités de santé ?* 2007") [24].

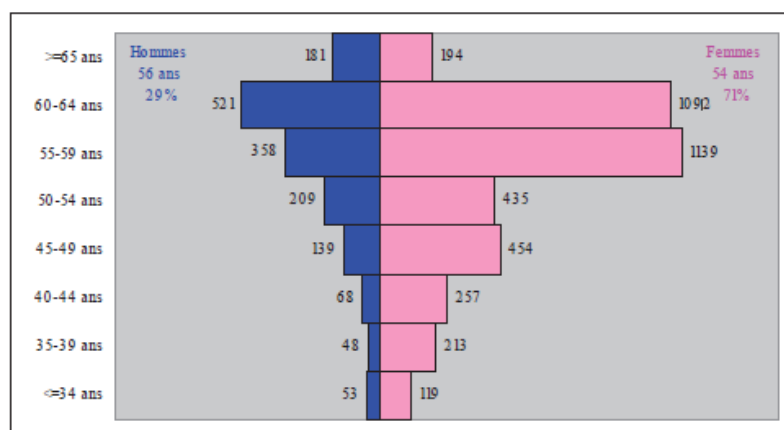
Le processus de transformation du système de santé au travail s'est accéléré notamment, avec l'affaire de l'amiante. La responsabilité de l'employeur a été clairement placée dans une obligation de résultats, et non plus seulement dans une obligation de moyens d'une part et d'autre part, la responsabilité de l'État a été mise en cause car il n'a pas su protéger les salariés de l'amiante. La conclusion en est claire : *"l'État se doit de réinvestir le champ de la santé au travail par le biais de la santé publique"*.

Il ressort des travaux de la mission que le drame de l'amiante est notamment le résultat d'une faillite du système de prévention des risques professionnels tel qu'il a été pensé après la seconde guerre mondiale dans le cadre de la sécurité sociale. Il s'agit en effet d'un système qui donne la priorité à la réparation des conséquences des accidents du travail, ce qui n'est plus adapté aux besoins de prévention des maladies professionnelles toujours plus nombreuses. Les milliers de nouveaux produits que l'industrie mondiale élabore tous les jours peuvent être, comme l'indique la directive Reach (*Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals*, enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des substances chimiques) de l'Union européenne, les causes de nouveaux troubles pathologiques graves.

I-4-2-3 Démographie médicale

La démographie médicale est en décroissance continue, ce constat n'est pas une nouveauté. Il s'agit d'une préoccupation majeure pour le système de santé au travail actuel, on parle même d'une pénurie en médecins du travail. Cette situation est principalement en lien avec le non-remplacement des départs importants en retraite. La pyramide des âges des médecins du travail publiée en 2013 dans l'atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins [Figure : 4] démontre que la diminution du nombre des médecins du travail sera plus marquée dans les prochaines années en l'absence d'un remplacement « compensatoire ». Cependant, cette situation s'inscrit évidemment dans le contexte général de pénurie relative de personnel médical.

Figure 4 Pyramide des âges des médecins du travail



Source : Atlas National CNOM 2013 (Extrait Médecins du Travail).

La DREES dans son rapport sur les évolutions des effectifs de médecins en France entre 2006 et 2030, estime que la médecine du travail serait parmi les spécialités les plus touchées avec une diminution de 62% de l'effectif des médecins du travail dans cette période soit une évolution de leur nombre de 6139 à 2353 [40]. Ces chiffres conduisent à se demander si la profession n'est pas condamnée [41].

Dans l'objectif d'apporter une réponse « nouvelle » au défi de la démographie médicale, la récente réforme de l'organisation de la médecine du travail offre désormais aux services de santé au travail interentreprises comme autonomes la possibilité de recruter des collaborateurs médecins. Ces derniers sont des médecins qui s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'Ordre des médecins. Ce statut ouvre une passerelle pérenne vers la spécialité en médecine du travail, et permettrait à moyen terme, de recruter de nouveaux médecins du travail. Le collaborateur médecin est recruté dans le cadre d'un contrat conclu avec le SSTI ou l'employeur et l'université qui assure la formation théorique. Ce contrat précise les engagements du collaborateur médecin, de l'université et du médecin qualifié en médecine du travail qui l'encadre dans le service de santé au travail.

Le collaborateur médecin assiste dans ses missions le médecin du travail qui l'encadre. Il exerce sous l'autorité du médecin du travail tuteur et il participe aux actions en milieu de travail au même titre que les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

II - Deuxième partie :

Méthodologie : étude descriptive

II-1 Contexte et objectif(s) de l'étude

En application de la dernière réforme de la médecine du travail issue de la loi du 20 juillet 2011 qui prévoit la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et des Moyens (CPOM) entre chaque SSTI, la DIRECCTE et la CARSAT, la région lorraine a été pilote en ce qui concerne la signature des deux premiers CPOM. Ceux-ci ont été signés le 4 janvier 2013 avec deux SSTI très différents dans leur taille, leurs moyens et leurs spécificités. Il s'agit des tous premiers CPOM sur tout le territoire national et ce depuis le 1^{er} juillet 2012 date d'entrée en vigueur de la réforme.

C'est dans ce contexte que nous avons envisagé de réaliser une enquête descriptive sur la mise en œuvre des projets de services pluriannuels et des CPOM en Lorraine dont l'objectif principal était double :

1. Evaluer l'impact de la réforme de la médecine du travail en matière de prévention.
2. Evaluer les actions menées par un SSTI à l'issue de son CPOM de courte durée (fin 2013) à partir des indicateurs retenus et du bilan d'étape d'un second CPOM.

Les objectifs secondaires étaient de décrire le processus de mise en place dans les 11 Services de Santé au Travail Interentreprises lorrains des projets de service pluriannuels puis des CPOM avec une mise en évidence des spécificités de chaque SSTI (comment fait-il pour définir ses priorités d'action ?), de la mobilisation de la CMT, des freins existants, des facteurs favorisants...etc.

Ensuite nous envisagions de décrire le contenu des projets de service pluriannuels en développant l'ensemble des thématiques traitées et en étudiant les convergences et divergences entre les SSTI. Ce travail avait aussi comme but de valoriser les actions déjà réalisées par les SSTI.

Hypothèses :

Notre recherche s'organisera autour de plusieurs hypothèses :

- ❑ Les projets de service pluriannuels et CPOM apporteraient un véritable impact en matière de prévention en santé au travail pour les actions retenues.
- ❑ Cependant ce type de démarche pourrait laisser de côté certains secteurs, certains métiers, certains salariés ou certains risques.
- ❑ Des freins existent : les difficultés majeures pourraient être liées au passage d'un travail majoritairement individuel à un travail collectif essentiellement pour les médecins du travail et les IPRP...

II-2 Population et méthodes

Tous les Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) lorrains ont été inclus dans notre étude. Un message d'information sur l'enquête a été préalablement envoyé à l'ensemble des médecins du travail et des directeurs des SSTI lorrains par le biais du Médecin Inspecteur du Travail de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) Lorraine.

Préalablement à la réalisation de ce travail, nous avons souhaité avoir une approche pratique de la manière d'élaborer des projets de service pluriannuels dans les différents SSTI lorrains. Pour ce faire nous avons sollicité leurs directions afin d'être invité à participer et à accompagner le médecin inspecteur du travail de la DIRECCTE Lorraine, aux réunions des Commissions Médico-Techniques (CMT) dont le sujet de projet de service pluriannuel faisait partie de l'ordre du jour.

Notre participation en tant qu'observateur des débats et des échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail membres de la CMT, en présence du Président du SSTI ou de son représentant, nous a permis de construire nos outils pour la réalisation de notre enquête à savoir une trame pour les

entretiens semi-directifs avec les Directeurs des SSTI lorrains et un auto-questionnaire à destination de l'ensemble du personnel des SSTI lorrains.

II-2-1 Des entretiens semi-directifs avec les Directeurs des SSTI lorrains :

Une Recherche qualitative :

Pour répondre aux objectifs de notre travail et vérifier nos hypothèses nous avons fait le choix d'utiliser les méthodes de recherche qualitative qui sont essentiellement utilisées en sociologie. Ces méthodes peuvent aider à comprendre un contexte, à explorer un nouveau domaine, à évaluer une action ou un projet voire à tester une hypothèse scientifique.

Un large éventail de techniques et de méthodes qualitatives peut être utilisé pour décrire et aider à mieux comprendre les phénomènes sociaux [42-43]. « *Par opposition aux méthodes quantitatives, ces dernières portent non pas sur la structure ni des mesures précises mais sur des méthodes moins directives d'examen, d'analyse et d'interprétation des comportements et des phénomènes* » [44].

On distingue trois grandes approches méthodologiques : l'entretien individuel, les discussions de groupe et l'ethnographie ou l'observation des participants. Chacune de ses trois techniques comporte ses avantages et ses inconvénients.

L'anonymat et la confidentialité sont des éléments importants compte tenu de leur effet potentiel sur la sincérité des répondants, l'enregistrement sonore (avec l'accord des participants) est la technique la plus utilisée. Les entretiens sont transcrits littéralement, cette version écrite de l'entretien est nécessaire pour une analyse approfondie. L'analyse est réalisée manuellement ou à l'aide d'un logiciel spécialisé comme *Nvivo* par exemple mais l'approche de base est la même. Dans un premier temps, l'analyse recense les thèmes principaux dans les transcriptions puis les thèmes sont rassemblés en thèmes principaux et thèmes secondaires. Les données textuelles sont ultérieurement structurées en matrices avec

une colonne pour chaque participant et des rangs pour les différents thèmes. La méthode de matrice facilite les comparaisons entre les réponses des personnes et elle permet aussi l'émergence des questions et des opinions telles qu'elles ont été exprimées par les participants sans requérir trop d'interprétation de la part de l'enquêteur.

Par ailleurs, l'analyse au moyen d'un logiciel est plus souple dans la mesure où le codage est facilité et une fois le codage achevé les données peuvent être extraites ou associées de différentes manières au moyen des codes.

Dans le cadre de notre travail nous avons mené des entretiens semi-structurés (ou semi-directifs) avec tous les directeurs des SSTI lorrains. Nous avons contacté les neuf directeurs pour présenter l'étude et ses objectifs et recueillir leur accord pour un rendez-vous d'entretien en face à face dans leurs locaux.

Neuf entretiens semi directifs ont été menés du 23 mai au 5 juin 2013. Ainsi tous les directeurs de service ont accepté un entretien. En effet, trois SSTI sont en cours de fusion et ont la même direction. L'objectif des entretiens a été de réaliser un état des lieux de la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail, de décrire le contenu de leurs projets, de connaître les difficultés rencontrées et de recueillir leur avis général sur la démarche de contractualisation.

La trame d'entretien a reposé sur quatre parties (questions d'ordre général sur le service, élaboration du projet de service pluriannuel, équipe pluridisciplinaire et CPOM) [cf. annexe 1].

Chaque entretien en face à face durait deux heures, en moyenne. Les réponses ont fait l'objet d'une prise de notes systématique puis d'un compte rendu. La garantie de confidentialité a favorisé l'expression de propos libres et riches. C'est pourquoi nous avons fait le choix de ne pas enregistrer nos échanges.

II-2-2 Un Auto-questionnaire anonyme pour le personnel des SSTI lorrains

Nous avons élaboré un auto-questionnaire sous forme de questions fermées et quelques questions ouvertes. Il a été préalablement testé sur un petit échantillon afin de lui apporter les modifications nécessaires avant sa diffusion générale.

Nous avons diffusé l'auto-questionnaire par voie électronique à l'ensemble du personnel des SSTI lorrains. Pour cela, nous avons utilisé la liste de diffusion de l'Inspection Médicale Régionale Lorraine pour le faire parvenir aux médecins du travail et nous avons également sollicité l'ensemble des Directeurs des SSTI lorrains pour le transmettre aux autres pluridisciplinaires (Infirmier(e), Assistant de service de santé au travail, Intervenant en prévention des risques professionnels...). Une lettre d'information sur l'enquête a été jointe à l'auto-questionnaire en rappelant notre engagement à respecter l'anonymat et la confidentialité.

Notre auto-questionnaire aborde les thèmes suivants : [annexe 2]

- les données générales concernant le sexe, l'âge, le métier, ancienneté au poste de travail, les conditions de travail...
- la mise en œuvre du projet de service,
- les équipes pluridisciplinaires,
- et une partie spécifique pour les médecins du travail par rapport à leur nouveau rôle d'animateur et coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire.

L'auto-questionnaire a été transmis le 13 mai 2013, aux Médecins du travail et aux Directeurs des SSTI pour le diffuser à l'ensemble du personnel. Devant un faible taux de réponses nous avons fait une relance le 5 juin 2013.

II-2-3 Entretiens avec les Correspondants CPOM des CARSAT (Nord-Est et Alsace-Moselle)

En complément, des interviews semi-dirigés individuels avec les Directeurs des SSTI en face-à-face et de l'auto-questionnaire destiné au personnel des SSTI, nous avons rencontré en entretien libre les deux correspondants CPOM en Lorraine, le correspondant CPOM de la CARSAT Nord-Est pour les SSTI des départements : Meurthe et Moselle, Meuse et Vosges et le correspondant CPOM de la CARSAT Alsace-Moselle pour les SSTI de la Moselle. Ces entretiens avaient pour objectif de recueillir leurs réflexions, leurs avis et leurs attentes dans le cadre de la contractualisation.

II-2-4 Entretiens avec le Médecin Inspecteur du Travail de la DIRECCTE

Compte tenu d'un certain nombre de changements au sein de la DIRECCTE Lorraine, il ne nous a pas été possible d'interroger les responsables du Pôle Travail de la DIRECCTE qui ont été à l'initiative des premiers CPOM avec le MIRT.

Par contre, nous avons également rencontré le MIRT qui nous a fait une analyse détaillée de la mise en place de la réforme en Lorraine.

II-2-5 Etude et analyse des projets de service pluriannuels des SSTI lorrains

Nous avons également sollicité en mars 2014 le MIRT pour qu'il nous transmette une copie des projets de service pluriannuels des autres services lorrains afin de les étudier et d'analyser leur contenu.

II-2-6 Analyse des bilans à un an des deux CPOM

Nous avons complété notre travail par un entretien dans le cadre du bilan d'étape à un an avec le Directeur de l'un des deux premiers services ayant signé un CPOM et analysé le contenu des bilans réalisés à un an des deux premiers CPOM régionaux lorrains. Nous n'avons pas rencontré le Directeur du deuxième service en raison de son départ à la retraite et de la fusion de son service avec deux autres services du département.

II-2-7 Analyse des données recueillies par entretiens

Nous avons réalisé une analyse descriptive qualitative et un croisement des données recueillies lors de notre participation aux réunions de CMT, lors des différents entretiens ainsi qu'à partir des réponses aux questions ouvertes des auto-questionnaires.

A cette fin nous avons effectué un traitement préalable qui consiste à analyser le contenu des réponses données et à les classer par grandes catégories.

II-2-8 Analyse statistique des auto-questionnaires

Par ailleurs, l'analyse des données anonymisées des auto-questionnaires a été réalisée avec l'aide du service d'épidémiologie et de l'évaluation clinique du CHU de Nancy. La saisie des données a été effectuée à l'aide d'un masque de saisie qui a été construit par un épidémiologiste grâce à un logiciel de type Epi-Data® version 3.1.

Nous avons effectué une analyse univariée de l'ensemble de nos variables. Les variables qualitatives seront décrites par leur nombre et en pourcentage sur le nombre total des réponses. Les variables quantitatives seront décrites par leur moyenne et écart type.

Pour l'analyse bivariée « de comparaison », les tests classiques ont été utilisés à savoir :

- Test du Chi2 pour les variables qualitatives si conditions d'application remplies (effectifs théoriques supérieurs à 5) sinon test exact de Fisher.

- Test de Student pour comparer les variables quantitatives si les conditions d'application sont remplies (normalité des distributions et égalité des variances), à défaut test de Kruskal-Wallis.

III - Troisième partie :

Résultats

III-1 Etat des lieux des Services de Santé au Travail en Lorraine

III-1-1 Les Services de Santé au Travail de Lorraine en 2013

Au 31 décembre 2013, on dénombrait au total 26 Services de Santé au Travail en Lorraine se répartissant ainsi :

- 15 Services autonomes répartis en 3 Services de groupe, 6 Services inter-établissements et 6 services autonomes d'entreprise.
- 11 Services Interentreprises répartis ainsi sur les 4 départements :
 - département 54 (Meurthe et Moselle) : 2 SSTI dont un interprofessionnel BTP.
 - département 55 (Meuse) : 2 SSTI dont un BTP.
 - département 57 (Moselle) : 4 SSTI dont un BTP.
 - département 88 (Vosges) : 3 SSTI intégrant les entreprises du BTP.

III-1-2 Composition des Services de Santé au Travail en Lorraine

III-1-2-1 Composition des Services autonomes

Les Services de Santé au Travail autonomes emploient au 31 décembre 2013

- 29 médecins du Travail soit 22,9 ETP
- 51 infirmiers soit 46,9 ETP
- 8 secrétaires soit 7,5 ETP
- 2 IPRP soit 1,5 ETP (un ergonome et une psychologue du travail)

III-1-2-2 Composition des Services Interentreprises

Le personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises est résumé dans le tableau suivant :

Tableau 2 Personnel des SSTI lorrains (au 31 décembre 2013).

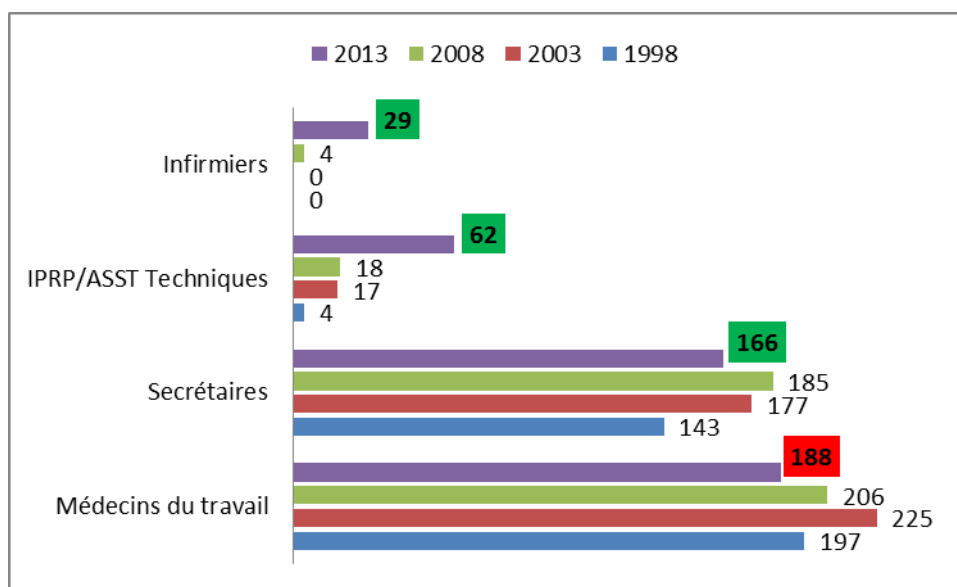
	Nombre	ETP
Nombre de médecins du travail	188	153,6
Nombre d'infirmiers	29	27,9
Nombre de secrétaires	166	
Nombre d'IPRP	40	38,3
Nombre d'ASST Technique	22	18,6
Les compétences des IPRP sont les suivantes :		
- Ergonomes	17	
- Toxicologues	2	
- Ingénieurs chimistes	4	
- Psychologues du travail	4	
- Ingénieurs HSE	3	
- Techniciens hygiène Sécurité	9	
- Statisticienne	1	

Entre 1998 et 2013, l'évolution du nombre de médecins du travail et des autres métiers est la suivante [Tableau 3 et Figure 5]:

Tableau 3. Evolution du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises de 1998 à 2013.

SSTI lorrains				
	MDT	Secrétaires	IPRP/ASSTtech	Infirmiers
1998	197(180.2 etp)	143	4	0
2003	225(201.6 etp)	177	17	0
2008	206(169.2 etp)	185	18	4
2013	188(153,6 etp)	166	62	29

Figure 5 Evolution du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises de 1998 à 2013.



L'évolution des équipes pluridisciplinaires est marquée par la diminution du nombre de médecins du travail (moins 9% environ de 2008 à 2013) et l'embauche progressive d'autres compétences pluridisciplinaires ou la formation de secrétaires médicales en ASST technique voire pour quelques-unes en IPRP (niveau licence). Depuis début 2012 ont été embauchées 21 personnes dont 12 infirmiers et 9 IPRP.

Ainsi en Lorraine les équipes pluridisciplinaires des SSTI sont composées au total de 445 personnes. Les médecins du travail représentent 42,2 % des équipes pluridisciplinaires, les secrétaires-ASST 37,3 %, les IPRP-ASST techniques 13,9 % et les infirmiers 6,6 %.

Nous n'avons intégré dans les données chiffrées concernant les ASST Techniques appelés également AST, que ceux dont l'intégralité de leur temps de travail était consacrée à l'Action en Milieu de Travail.

III-1-3 Nombre d'entreprises et de salariés suivis par les SST de Lorraine

- Nombre d'entreprises suivies : 44.079
- Nombre de salariés suivis par les SSTI : 509.184 (dont 188.414 en SMR soit 37% des salariés)

- Nombre de salariés suivis par médecin du travail ETP :
 - En service autonome : 1.545
 - En service interentreprises : 3.322

III-1-4 Evolution des SST en Lorraine entre 1998 et 2013

En 15 ans (de 1998-2013), le nombre des Services de Santé au Travail (autonomes et interentreprises) en Lorraine a baissé progressivement. La part des services autonomes dans le paysage de la santé au travail en Lorraine a fortement diminué : 8 services autonomes ont disparu. Par ailleurs, nous constatons que le nombre de salariés suivis par un médecin du travail ETP dans un service autonome a également augmenté de 187 salariés soit +13,8% entre 2008 et 2013. Pour la même période le nombre total de salariés suivis dans les SSTI a progressé de 11% et le nombre de salariés pris en charge par médecin du travail ETP est en progression continue principalement dans les SSTI pour atteindre 11,5% à la fin de cette période. La diminution des SST autonomes s'explique essentiellement par la réduction des effectifs de salariés suivis amenant soit une décision de l'entreprise d'adhésion à un SSTI soit à une décision de la DIRECCTE de suppression du SST car l'effectif est en-dessous des 500 salariés requis au plan réglementaire. Dans quelques cas le départ du médecin du travail (démission ou retraite) et l'impossibilité de recruter un nouveau médecin du travail ont conduit à la disparition du service autonome.

Le nombre des Services de Santé au travail Interentreprises sur la même période a lui aussi diminué au fil du temps par regroupement de Services soit de l'initiative de ceux-ci avec modification de l'agrément par la DIRECCTE soit sur décision de la DIRECCTE. [Tableau 4 et Figure 6].

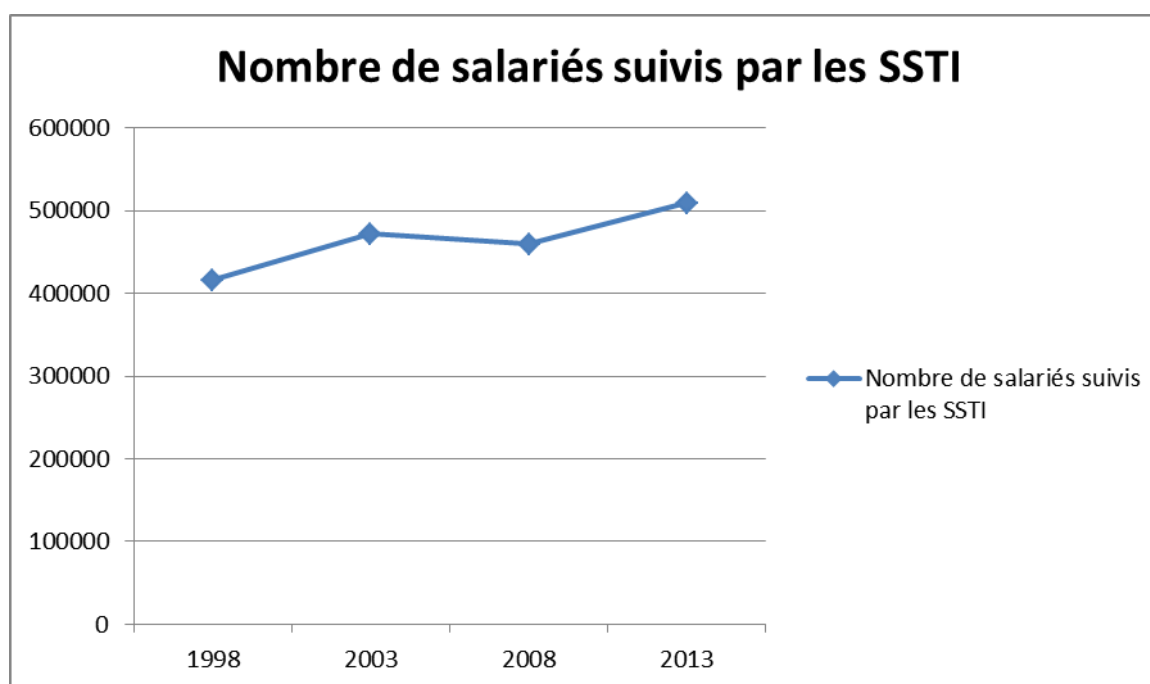
En 2014 des regroupements sont prévus avec regroupement par fusion-absorption des 3 SSTI des Vosges et des 3 Services des BTP. Les demandes d'agrément sont en cours d'étude par la DIRECCTE. A terme, en 2014, il ne devrait rester que 7 SSTI en Lorraine.

Le tableau suivant [Tableau 4] met en évidence l'évolution du nombre de Services de Santé au Travail en Lorraine entre 1998 et 2013 par tranche de 5 ans ainsi que celle du nombre de salariés suivis.

Tableau 4 Evolution des Services de Santé au Travail (Autonomes et Interentreprises) en Lorraine de 1998 à 2013.

	Nombre de SA	Nombre de SSTI	Nombre de salariés suivis par les SSTI	Nombre de salariés suivis par Médecin du Travail etp
1998	23	15	415 748	2 537
2003	18	14	471 740	2 543
2008	15	13	459 395	2 980
2013	15	11	509 184	3 322

Figure 6 Evolution du nombre de salariés suivis par les SSTI lorrains par période 5 ans de 1998 à 2013.



LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL EN LORRAINE



— Limites des cantons

III-2 Résultats des entretiens avec les Directeurs des SSTI

Ce chapitre rend compte des résultats des entretiens réalisés avec les directeurs de services entre mai et juin 2013 complétés par l'étude de l'ensemble des projets des services ainsi que des éléments recueillis lors de notre participation aux CMT des différents SSTI.

Lors des entretiens avec les Directeurs, tous les SSTI avaient initialisé la démarche d'élaboration de leur projet de service.

A ce jour ils sont achevés pour 5 SSTI et en cours d'achèvement pour les deux SSTI en cours de regroupement.

Nous allons nous intéresser à la démarche suivie par les SSTI pour construire leur projet : méthodologie mise en œuvre, réalisation du diagnostic local, choix des actions prioritaires...jusqu'à sa rédaction.

Il convient de rappeler que cette démarche est totalement nouvelle pour tous les SSTI et a nécessité une réflexion interne et également en coopération avec le Médecin Inspecteur du Travail. Comment élaborer ce projet de service ? Comment faire un diagnostic local ? Comment prendre en compte les priorités du PRST ? Comment mobiliser la CMT ? Comment mobiliser tout le SST dans cette réflexion ? Comment prioriser des actions ? Comment l'écrire ?

Toutes ces questions et bien d'autres encore se sont posées et ont trouvé des réponses différentes pour chaque SSTI. Tous les SSTI ont fait preuve d'innovation en la matière ce qui est bien mis en évidence à la lecture des projets de service achevés.

III-2-1 Diagnostic local

Pour 7 directeurs de SSTI sur 9 ces diagnostics locaux ont été réalisés.

Cependant les éléments pris en compte sont très différents d'un service à l'autre ainsi que l'importance donnée à ce diagnostic local.

Sur l'ensemble des éléments recueillis nous pouvons repérer et catégoriser les données suivantes ayant servi à établir le diagnostic local des SSTI :

- ***Données relatives aux adhérents du SSTI :***

Des requêtes ont été faites au niveau du logiciel sur les données « entreprises suivies »:

- par taille d'entreprise
- par secteur d'activité (en 4 secteurs pour un SSTI)
- par code NAF 26 pour 3 SSTI
- un SSTI a comparé la structure des entreprises suivies en 2012 par rapport à celle de 2002 permettant ainsi de repérer les évolutions sectorielles.

- ***Données issues de l'analyse de l'ensemble des rapports annuels des médecins du travail :***

Ces données ont été recueillies pour 3 SSTI.

- ***Données issues d'enquêtes internes :***

Un SST a fait une analyse de données de l'enquête EVREST.

Un autre SSTI a élaboré depuis plusieurs années des indicateurs internes saisis par les médecins du travail lors de leur activité portant d'une part sur les expositions professionnelles des salariés et d'autre part sur les pathologies constatées. Cette base de données interne leur permettra de repérer les secteurs d'activité nécessitant des actions de prévention prioritaires.

- ***Questionnaire des besoins des adhérents :***

Un SSTI a adressé un questionnaire à ses adhérents pour connaître leurs besoins en matière de prévention.

- ***Données de sinistralité de la CARSAT au niveau départemental :***

Certains SST ont également sollicité la CARSAT pour mieux appréhender les secteurs d'activité à forte sinistralité.

C'est ainsi qu'un SSTI a priorisé une action dans les entreprises de restauration compte tenu de la sur-sinistralité de cette branche professionnelle dans ce département par rapport aux résultats régionaux.

III-2-2 Prise en compte des priorités du PRST 2

Tous les SSTI ont repris les priorités du PRST 2 et les ont intégrées dans leur réflexion et dans leurs choix d'action. Les axes d'action du PRST 2 Lorraine sont les suivants :

AXE 1 : « Améliorer la connaissance en santé au travail ».

AXE 2 : « Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels ».

AXE 3 : « Encourager les démarches de prévention des risques professionnels dans les entreprises, notamment dans les PME et TPE ».

AXE 4 : « Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une efficacité du droit ».

Ces priorités avaient été présentées aux Médecins du travail ainsi qu'aux Présidents et Directeurs des SSTI lors de la réunion organisée par l'Inspection Médicale du Travail en mars 2012. Un diaporama avait été diffusé à tous à l'issue de cette rencontre.

Par ailleurs le PRST 2 est facilement accessible sur le site de la DIRECCTE : <http://www.lorraine.direccte.gouv.fr/plan-regional-sante-au-travail-2010-2014>.

III-2-3 Actions collectives mises en œuvre par les SSTI préalablement à la réforme

Plusieurs SSTI avaient débuté des actions collectives pluridisciplinaires en amont de la réforme. Ces actions, toujours en cours pour certaines, trouvaient toute leur place comme prioritaires dans le projet de service.

Ainsi nous pouvons citer :

- ***Des approches par branches professionnelles :***

- **Garages :**

4 SSTI se sont intéressés à cette branche professionnelle. Parmi ces 4 SSTI, 2 ont travaillé avec la CARSAT sur des problématiques différentes :

L'un a, en 2008, recensé tous les produits chimiques utilisés par les garages de son secteur permettant de repérer selon les activités les produits à risque CMR. Un support écrit a été réalisé et diffusé à tous les SSTI permettant de connaître les "risques attendus" dans tous les garages et évitant ainsi une étude de toutes les Fiches de Données de Sécurité garage par garage.

Un autre SSTI avec la CARSAT, l'appui du CNPA, la participation active d'un garage et de tout son personnel, l'aide de l'INRS, a étudié les gants les plus adaptés à mettre à la disposition des mécaniciens et des carrossiers-peintres pour prévenir les pénétrations cutanées des produits chimiques tout particulièrement des produits CMR non substituables par des produits moins dangereux. Une mallette a ainsi été créée contenant des supports d'information sur les risques par métier et la prévention conseillée. Les résultats de cette action sont très encourageants avec adhésion de nombreux garages et de leurs salariés à la démarche.

Cet outil est diffusé largement dans les autres garages lorrains par des SSTI et l'action s'étend en France.

Cette action exemplaire a été portée par un tout petit SSTI conjointement avec la CARSAT et témoigne de ce qui peut être réalisé dans le cadre des projets de service et des CPOM.

- **EHPAD :**

Deux SSTI ont réalisé une étude sur les conditions de travail dans les EHPAD et Longs Séjours avec les objectifs suivants : évaluer le ressenti des salariés quant à leurs conditions de travail et à sa pénibilité, identifier les facteurs de risques physiques, psychologiques et organisationnels, engager la réflexion pour mener une démarche de prévention. La méthodologie consistait en des entretiens individuels et en des observations dans 20 établissements puis à l'élaboration d'un auto-questionnaire adressé aux salariés de ces établissements.

Cette étude met en évidence un certain nombre d'enseignements pouvant être des axes de prévention prioritaires. Ainsi le personnel, majoritairement féminin est soumis à des contraintes physiques lourdes et à des faibles marges de manœuvre du fait des impératifs horaires. 65% des salariés sont en situation de tension au travail (job strain). Les stratégies mises en place par les établissements pour pallier aux dysfonctionnements les aggravent et engendrent d'autres dysfonctionnements.

Ces éléments et bien d'autres ont été présentés aux acteurs concernés et diffusés sous forme de document synthétique écrit.

- **Travail par branche dans le cadre de la contractualisation d'un SSTI**

Un SSTI avait signé avec la DIRECCTE une contractualisation en 2007, reconduite en 2009 avec embauche d'infirmiers, écartement des examens médicaux périodiques et entretiens infirmiers intermédiaires.

Ce SSTI avait choisi de travailler collectivement par branches professionnelles à partir d'outils communs permettant de faire des synthèses au niveau de chaque entreprise et au niveau de la branche elle-même d'une part sur l'état de santé de l'ensemble des salariés et d'autre part sur les constats lors des actions en milieu de travail. En effet, les fiches d'entreprises ont été réalisées pour toutes les entreprises de la branche.

La première branche professionnelle étudiée a été la boulangerie puis l'industrie du bois, les garages et les banques – mutuelles – assurances.

Une étude a également été réalisée en coopération avec l'OPPBTP dans le BTP pour les peintres – plâtriers – plaquistes - électriciens (PPPE).

Cette étude a concerné 130 entreprises et 650 salariés dont voici quelques conclusions : globalement les salariés connaissent bien certains risques de leur métier (risque électrique pour les électriciens, risque poussières pour les 3 métiers). Par contre, 40% d'entre eux ne savaient pas s'ils avaient été exposés à l'amiante et 25% des peintres ne s'estimaient pas exposés aux produits chimiques.

Malgré les obligations réglementaires, seul 1 employeur sur 7 avait transmis au Médecin du Travail ses Fiches de Données de Sécurité (FDS).

20% des salariés se plaignaient de TMS du membre supérieur et 30% de dorsolombalgies.

Ces données collectives et bien d'autres ont été restituées aux entreprises concernées.

- **Autres travaux :**

D'autres travaux par branches professionnelles ont été réalisés mais dont les résultats n'ont pas été diffusés par exemple pour les prothésistes dentaires.

- ***Des approches par risques professionnels :***

- les fumées de soudage pour 2 SSTI.

L'un a travaillé avec la CARSAT avec réalisation d'une plaquette de sensibilisation à ces risques à destination des entreprises et des salariés.

- les phytosanitaires dans les collectivités territoriales suivies pour 2 SSTI avec un travail commun entre ces 2 services. Cette étude menée auprès de 38 collectivités territoriales a révélé un manque d'information et de connaissance sur les dangers de ces produits chimiques et sur la réglementation, une non-conformité de locaux de stockage, des pratiques inadaptées en ce qui concerne les équipements de

protection individuelle, l'élimination des déchets... Une information sur les risques et des conseils de prévention spécifiques ont été diffusés aux intéressés sous forme de plaquette.

- les poussières de bois avec également un travail commun avec l'OPPBTP.

- ***Autres problématiques abordées :***

D'autres travaux collectifs ont été initialisés autour des problématiques des intérimaires pour 2 SSTI plus orientés vers leur suivi en santé-travail.

III-2-4 Projet de service et actions réalisées antérieurement

Nous avons interrogé les Directeurs des SSTI sur l'intégration de ces actions menées antérieurement à la réforme au sein de leur service dans leur projet de service.

- 6 Directeurs ont répondu positivement à cette question pour les raisons suivantes :
 - un suivi des actions menées antérieurement apparaît nécessaire en vue d'un retour d'expérience, d'analyse de la méthode utilisée avec du recul et un regard critique,
 - certaines de ces actions inachevées sont à poursuivre,
 - cela permet d'évaluer le travail fait par les Médecins du Travail et les autres membres des équipes pluridisciplinaires,
 - le projet de service permet de mieux formaliser les objectifs de ces actions, les indicateurs à mettre en œuvre,
 - le projet de service permet aussi d'envisager une communication sur les actions déjà réalisées.

- 3 Directeurs ont répondu négativement à cette question :
 - pour un SSTI parce que d'autres choix prioritaires ont été faits dans le projet de service avec le choix de travailler par risques plutôt que par branches,
 - pour un Directeur, le projet de service permettait de travailler d'autres sujets nouveaux, plus vastes,
 - ou de partir plus des besoins de terrain,
 - l'absence d'actions collectives antérieures était également une des réponses.

III-2-5 Avancée de projet de service et méthodologie mise en œuvre

III-2-5-1 Avancée du projet de service

En mai et juin 2013, tous les SSTI avaient initialisé l'élaboration de leur projet de service. En tenant compte des étapes que nous avons définies, il ressort des entretiens :

- Un SSTI était à l'étape 1 : « Démarrage »

Ce SSTI était dans la démarche d'un regroupement avec deux autres services en vue de créer un SSTI départemental. Les modifications engendrées par cette fusion ont pris le pas sur l'élaboration d'un projet de service qui devrait être retravaillé par la nouvelle CMT du SSTI.

- Un SSTI était à l'étape 5 : « Définition des actions »
- 3 SSTI étaient à l'étape 6 : « Ecriture du projet de service »
- 4 SSTI avaient achevé leur projet de service : 2 au cours du dernier trimestre 2012 et 2 en juin 2013 (étape 7 « Validation par le CA » et au-delà)

III-2-5-2 Méthodologie mise en œuvre

De façon générale pour tous les SSTI, l'élaboration du projet de service a été très compliquée. La première difficulté a été due à l'absence de repères : comment construire ce projet de service, que doit-il contenir, comment y travailler, quelle méthodologie mettre en œuvre ? Tous se sont posé ces questions.

Les entretiens avec les Directeurs, la participation aux CMT des SSTI, la lecture des projets de service et les échanges avec le Médecin Inspecteur du Travail nous permettent de repérer les éléments facilitateurs ou en leur absence des freins de l'élaboration du projet de service.

- L'implication et le dynamisme du Directeur :

La législation lui a donné le rôle suivant : *"Le Directeur du SSTI met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et sous l'autorité du Président, les actions approuvées par le Conseil d'Administration dans le cadre du projet de service pluriannuel"* L.4622-16.

La circulaire précise : *"Le Directeur de service joue un rôle fondamental d'animation de l'ensemble de la structure ».*

De façon générale nous avons pu constater son rôle de « chef d'orchestre » dans l'élaboration du projet de service. Il donne, ou pas, les moyens à la Commission médico-technique de se réunir ainsi qu'aux groupes de travail, il apporte, ou pas, une aide méthodologique, il facilite, ou pas, la diffusion des réflexions en cours au reste du personnel, il fixe des échéances....

Ainsi la direction du SSTI a un rôle fondamental dans les moyens humains et matériels développés et l'organisation mise en œuvre pour favoriser le travail collectif d'élaboration du projet de service.

- La mobilisation de la CMT :

La loi du 20 juillet 2011 a donné une valeur législative à la commission médico-technique (article L 4622-13 du Code du Travail).

L'article D 4622-28 prévoit qu'elle élabore le projet de service pluriannuel.

Son rôle est donc essentiel mais son fonctionnement est très différent d'un SSTI à l'autre.

Nous avons participé à des CMT de tous les SSTI de Lorraine avec le Médecin Inspecteur du Travail lorsqu'il été invité par cette commission. Nous avons pu observer leurs particularités même si nous avons bien conscience que la présence de tiers extérieurs au SSTI venait modifier en partie son fonctionnement. Ainsi nous avons pu constater des CMT très dynamiques où chacun s'exprimait très spontanément et d'autres où les membres étaient plus passifs. Ces attitudes différentes étaient un bon reflet de l'ambiance générale dans le SSTI.

De façon assez générale nous avons pu repérer que c'étaient avant tout les médecins du travail qui étaient force de propositions probablement du fait de leur vision globale, transversale et longitudinale, sur les entreprises suivies et des besoins en prévention pour améliorer la santé des salariés.

- Plus largement la mobilisation de tout le personnel du SSTI :

Cette mobilisation indispensable à la mise en œuvre du projet de service dépend de l'organisation interne du SSTI : réunions de secteurs régulières avec temps d'échanges entre tous les membres des équipes pluridisciplinaires du secteur, prise en compte par la CMT des propositions émanant des secteurs...

L'analyse des différentes méthodologies mises en œuvre par les SSTI de Lorraine apparaît susceptible d'être source d'enseignement à la fois pour les autres SSTI qui n'auraient pas encore débuté la démarche dans d'autres régions mais également pour les futurs projets de service des SSTI Lorrains lors de leur demande de renouvellement d'agrément.

Nous pouvons distinguer les méthodologies suivantes :

- Le premier SSTI à avoir initialisé son projet de service a été un petit service dès début 2012. Compte tenu du dynamisme de ce SSTI et du travail original en cours avec la CARSAT (projet gants garage), la DIRECCTE avait proposé à ce SSTI de l'aider au plan méthodologique pour son projet de service afin de prévoir un CPOM assez rapidement. Ainsi l'élaboration de leur projet de service s'est fait de façon conjointe avec des allers et retours entre Direction du SSTI et CMT d'une part et avec le Médecin Inspecteur du Travail d'autre part. Ce travail en amont a favorisé l'écriture du CPOM.
- Le second SSTI à avoir achevé son projet de service a été le SST le plus important de la région. Ce travail s'est réalisé en interne avec présentation au Médecin Inspecteur du Travail en juin 2012 puis modifications suite à la prise en compte de ses propositions. La méthodologie adoptée a été la création d'un comité de pilotage composé du directeur du SST, du médecin coordinateur, du coordinateur technique représentant des IPRP, d'un médecin du travail chargé de projet. D'autres compétences étaient sollicitées si besoin. Les réunions de la CMT ont été plus nombreuses (6 à 8) pendant cette période. Le comité de pilotage approfondissait ce qui avait été proposé par la CMT puis les mettait en forme et présentait ce travail à la CMT suivante qui validait ou invalidait. Ce mode de fonctionnement avec un comité de pilotage avait été décidé par la CMT. Les membres de la CMT avaient un rôle de relai d'information avec les secteurs et les groupes de travail. Les comptes-rendus des CMT sont diffusés à l'ensemble du personnel.
Des groupes de travail ont été créés secondairement à partir des actions retenues par la CMT dans le projet de service.
- Pour un autre SSTI la méthodologie a été la suivante :
Une réflexion a déjà été menée par la CMT sur les différents axes du PRST 2 ceux-ci ont été croisés avec les besoins en santé des salariés suivis. Des thèmes ont été alors retenus et des groupes de travail constitués sur chaque thème. Un membre de la CMT était l'animateur de chaque groupe. Ces groupes de travail devaient structurer leur

réflexion de la manière suivante : éléments de diagnostic, objectifs à mener, types d'action à envisager, indicateurs.

Ces travaux étaient restitués à la CMT qui validait ces travaux et prolongeait la réflexion.

- Un SSTI décrit la façon de construire son projet de service : *« il n'y a pas de méthodologie prédéfinie : il n'y a pas de livre qui vous dicte la méthodologie...essai de trouver la principale direction, les actions qui en découlent, et les moyens à mettre en œuvre ».*

Ainsi la réflexion a été menée en CMT à partir du PRST et des besoins locaux identifiés.

- Un SSTI a structuré la construction de son projet de service en plusieurs parties : diagnostic, réflexion collective, axes d'action, mise en œuvre. Cependant hormis des réunions plus fréquentes de la CMT aucune méthodologie n'avait été construite pour la partie réflexion collective. La CMT a été "noyée" par des éléments de diagnostic pléthoriques qui sont venus entraver la réflexion. Dans ce SST de taille importante c'est le MIRT qui a proposé en CMT un travail par groupe sur les thèmes qui semblaient se dégager ce qui a permis de redonner une dynamique de travail à cette CMT.
- Un autre SSTI a défini une manière de travailler reposant sur 3 questions : quel type de projet ? avec un choix d'une approche qualitative ; quel objectif pour quels moyens ? définis par de groupes de travail issus de la CMT ; quels indicateurs ?
- Un seul SSTI en Lorraine a fait le choix de se faire aider dans la réalisation de son projet de service par un consultant. C'est le consultant qui a proposé sa méthodologie basée sur *« la méthode expérimentale de Claude Bernard avec le processus suivant : une idée ou une intention - définition du champ – identification des données jugées pertinentes - analyse et discussion de ces données - analyse et discussion des liens ou des interactions qu'elles peuvent avoir entre elles - construction d'une synthèse – évaluation - corrections et retour éventuel à la case départ - propositions....la*

conduite de cette méthode prendra appui sur 3 notions essentielles : l'analyse, l'objectif et l'indicateur » (extrait du projet de service). Le travail a été porté par la CMT avec des réunions également par métiers afin de définir les attentes et le rôle de chacun. Des groupes de travail thématiques ont été constitués avec validation de leurs travaux par la CMT.

- Les autres SSTI ont, de la même façon, fait des allers retours CMT - groupes de travail.

En conclusion, nous pouvons constater des pratiques communes dans la plupart des SSTI :

- Des comptes-rendus des CMT diffusés à tous et des réunions générales d'information sur l'avancée du projet.
- Une méthodologie proposée le plus souvent par la direction et validée par la CMT.
- Une réflexion portée soit uniquement par la CMT soit selon la taille du service par des groupes de travail avec un animateur souvent issu de la CMT avec allers et retours entre groupes de travail et CMT et validation finale par la CMT.
- Une mobilisation des autres salariés du SSTI par différents moyens : information et échanges dans les secteurs animés par les délégués de la CMT du secteur – participation aux groupes de travail (pour plusieurs SSTI cette participation est impérative avec un choix sur la thématique) – information de l'avancée du projet de service à tous par diffusion des comptes-rendus avec remontée vers la CMT des propositions de personnel.
- Une organisation à adapter aux besoins (réunions de CMT plus nombreuses dans certaines étapes par exemple) et un calendrier réaliste mais avec certaines échéances à tenir puisque le projet de service est une des pièces du dossier de demande de renouvellement d'agrément.
- Le suivi de la mise en œuvre des actions, de leur avancée, du recueil des indicateurs par ces mêmes groupes de travail avec remontée à la CMT.

Les directeurs de service soulignent les difficultés rencontrées pour mobiliser tout le personnel du SSTI autour du projet de service.

Dorénavant le projet de service « *constitue un document structurant, véritable support d'un dialogue constructif sur les objectifs et priorités partagées du service ainsi que sur les modes d'action et de fonctionnement. C'est un cadre d'action commun et partagé par tous les acteurs du SST, un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot pour les pouvoirs publics et le service dans la démarche de contractualisation et d'agrément* » (Circulaire du 9 novembre 2012).

III-2-5-3 Rôle du Conseil d'administration et de la Commission de Contrôle

- Rôle du Conseil d'administration :

Le projet de service pluriannuel mentionné à l'article L 4622-14 doit être soumis à l'approbation de conseil d'administration.

Nous nous sommes attachés à savoir comment les conseils d'administration se sont positionnés lors de la présentation du projet de service.

Tous les directeurs des SSTI signalent avoir eu un retour positif du CA, un intérêt marqué lors de la restitution du projet. L'un parle « *d'adhésion complète* ». Il s'agit d'une marque de reconnaissance face au travail réalisé. Cette validation est particulièrement importante puisque des moyens humains et matériels doivent être donnés pour la concrétisation des actions du projet de service. Cependant les directeurs soulignent que le CA n'a pas eu de rôle moteur. Un seul a proposé une action à inscrire complémentirement à celles déjà prévues.

- Rôle de la commission de contrôle :

Si la réglementation n'a pas prévu de rôle spécifique de la commission de contrôle quant au projet de service pluriannuel, tous les SSTI ont présenté leur projet à cette instance. Un SSTI a même procédé à un vote qui a validé ce projet. Majoritairement le retour a été bon même si les membres de la commission de contrôle n'ont pas été force de proposition. Par contre à plusieurs reprises ont été signalés l'appui des membres de la commission de contrôle pour obtenir les moyens nécessaires en particulier en termes de recrutement. Un directeur signale que les bienfaits de la prévention primaire ne sont pas encore intégrés par certains membres de cette instance.

III-2-5-4 Quels moyens donnés pour l'élaboration du projet de service ?

2 directeurs de SSTI ont signalé avoir organisé des formations dans ce cadre. Pour l'un elle a consisté dans la formation de tout le personnel sur les objectifs des projets de service. Le second a parlé d'une formation au management faite aux médecins du travail. Ce type de formation a été réalisé ou est prévu dans presque tous les SSTI.

Une intervention extérieure d'accompagnement à la réalisation du projet de service n'a été mise en place que dans un SSTI en Lorraine. Dans un autre SSTI elle a été proposée par le directeur mais refusée par la CMT. Pour plusieurs directeurs l'élaboration en interne avec les débats qu'elle crée, les axes de travail collectifs qui se co-construisent permet une vraie dynamique au sein du service et l'adhésion de tous.

III-2-6 Contenu des projets de service lorrains

III-2-6-1 Organisation et moyens

Tous les projets de service pluriannuels ont une partie consacrée à l'organisation du Service et aux moyens humains et matériels à déployer.

- **Moyens humains :** les directeurs lors des entretiens nous ont expliqué qu'ils allaient recruter des infirmiers et des IPRP pour compléter les ressources des équipes pluridisciplinaires. Cependant dans les projets de service le recrutement de médecins du travail est bien présent compte tenu de la moyenne d'âge des médecins.
- **Moyens matériels :** Les projets intègrent tous une évolution de locaux avec plus de bureaux pour permettre à chacun de travailler dans des bonnes conditions et en respectant les règles de confidentialité pour les examens médicaux et les entretiens infirmiers. Des salles de réunion supplémentaires permettant aux équipes pluridisciplinaires d'échanger sont également envisagées là où elles sont inexistantes. Les investissements matériels concernent également les outils informatiques ainsi que le matériel d'action en milieu de travail (exposimètre de bruit, capteurs de vibrations...) ou médical (cardiofréquencemètre ...).
- **Formations :** tous les projets de service prévoient des formations pour tous les membres des équipes pluridisciplinaires. Ces formations sont soit qualifiantes pour les secrétaires (formation ASST), pour les infirmiers (licence professionnelle)..., soit orientées par des actions du projet de service (par exemple formation sur la prévention des RPS), soit en vue d'acquérir des compétences complémentaires comme les formations au management pour les médecins du travail.
- **Organisation du SSTI :**

Le tableau 5 (page suivante) fait la synthèse des changements organisationnels prévus dans les projets de service lorrains.

Organisation du travail

Tableau 5 Contenu des projets de service.

Axes prioritaires	Actions	Nombre de SSTI Lorrains
Amélioration de la communication vers les entreprises adhérentes et de la culture prévention	- Formation de secrétaires en ASST - Accueil systématique des nouveaux adhérents (présentation du SST – Repérage des dangers) - Réalisation des fiches d'entreprises par l'EP (validation MDT) - Développement d'actions de formations – information dans les entreprises sur les risques professionnels - Valorisation auprès des adhérents des travaux réalisés - Organisation de temps de rencontre avec les entreprises (journées de prévention, "petits déjeuners" prévention...)	Tous les SSTI Lorrains
Renforcement des capacités collectives internes au SSTI	- Renforcement des compétences (Recrutement – Formations) - Organisation des équipes pluridisciplinaires avec clarification du rôle de chacun et moyens en temps d'échanges - Moyens donnés aux MDT pour animer et coordonner la pluridisciplinarité - Moyens en temps pour chacun pour la mise en œuvre du projet de service - Rôle et moyens donnés à la CMT - Harmonisation des pratiques et création d'outils communs - Moyens humains et informatiques pour permettre le recueil des indicateurs et leur analyse	Tous les SSTI Lorrains avec des déclinaisons différentes pour chacun
Assurer un suivi individuel des salariés de qualité	- Demande de dérogation à la DIRECCTE dans le cadre de l'agrément pour l'écartement de la périodicité des examens médicaux avec introduction d'entretiens infirmiers et d'actions pluridisciplinaires annuelles - Harmonisation des pratiques médicales (recommandation HAS...)	Tous les SSTI ont fait cette demande. Actuellement, 2 SSTI ont obtenu cette dérogation
Développer les partenariats	- Avec la DIRECCTE et la CARSAT via l'élaboration des CPOM - Avec de nombreux autres partenaires institutionnels	Tous les SSTI

III-2-6-2 Contenu des projets de service

Nous avons repris dans le tableau suivant toutes les actions des projets de service.

Tableau 6 Actions contenues dans les projets de service lorrains.

Axes prioritaires	Actions	Nombre de SSTI concernés	Partenaires envisagés
Prévention des risques chimiques et CMR	Diverses actions : - par branche professionnelle • garages • chaudronneries - par produit chimique • fumées de soudage • poussières de bois • amiante • phytosanitaires (collectivités territoriales) - par métier : • mécanicien de maintenance	Tous les SSTI ont au moins une action sur ce thème 4 SSTI 1SST 4 SSTI 3 SSTI 1 SSTI 3 SSTI 1 SSTI	CARSAT DIRECCTE MSA Centre de gestion Branches professionnelles CFA OPPBTP
Prévention des TMS	Diverses actions - par branche professionnelle : • EHPAD et MAS • dans les drives des hypermarchés • BTP (peintres) - par l'approche type de TMS et ses conséquences en terme de désinsertion professionnelle • TMS épaules - de type état des lieux général dans les entreprises suivies	Tous les SSTI ont au moins une action sur ce thème. 3 SSTI ont orienté leur action vers les EHPAD	CARSAT DIRECCTE ORST
Prévention des RPS	- de type état des lieux - dans les EHPAD - dans le secteur médicosocial - pour une population fragile (apprentis dans la restauration)	Tous les SSTI ont au moins une action sur ce thème	CARSAT DIRECCTE
Prévention de la pénibilité	- secteur industriel suivi	1 SSTI	CARSAT DIRECCTE
Sous-traitance en milieu industriel	- traçabilité des expositions EU – Adapter le suivi médical - information des EU – EE	1 SSTI	CARSAT DIRECCTE INRS

Suite

Axes prioritaires	Actions	Nombre de SSTI concernés	Partenaires envisagés
Prévention des risques dans la restauration	Secteur à forte sinistralité dans un département	1 SSTI	CARSAT DIRECCTE
Prévention ciblée TPE	Secteur commerce (1 SSTI)	Tous les SSTI ont des actions TPE essentiellement via accueil nouvel adhérent	
Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi	Déclinaison diverse des actions : - participation aux cellules locales PDP - analyse des actions SAMETH et des maintiens dans l'emploi - création d'une plate-forme interne dans un SST - participation au projet ORST sur état des lieux de la PDP en Lorraine	Tous les SSTI	CPAM CARSAT service prévention SAMETH MDPH ORST PRITH OETH...
Prévention vis-à-vis de public fragile	- apprentis - intérimaires - associations intermédiaires	2 SSTI 2 SSTI 1 SSTI	
Prévention des addictions	- Information - Repérage - Orientation - Harmonisation des pratiques	5 SSTI	CARSAT DIRECCTE CSAPA
Veille en santé travail	- Participation aux enquêtes régionales et nationales : • SUMER • MCP • EVREST • Réserves d'aptitude • Perception des risques professionnels chez les soudeurs - Dans 2 SSTI : recueil d'indicateurs de risque afin de prioriser des actions préventives	Tous les SSTI	DIRECCTE CARSAT

III-2-7 Aide des partenaires et temporalité de la réalisation du projet de service

III-2-7-1 Aide des partenaires

Nous avons interrogé les directeurs sur l'aide qu'ils ont pu avoir dans cette période d'élaboration du projet de service.

- A la question : « ***vous SSTI a-t-il abordé le sujet et pris l'initiative du contact avec son ou ses partenaires institutionnels ?*** »

6 directeurs ont répondu positivement, 2 négativement (une non réponse). Il s'agit de contacts avec la DIRECCTE (citée 5 fois), la CARSAT (4 fois), l'ARACT (2 fois), l'OPPBTP (1fois), le SAMETH (1 fois).

- A la question : « ***Les partenaires institutionnels ont-ils été à l'initiative de ce contact ?*** »

5 directeurs ont répondu positivement, 3 négativement (une non réponse). 3 citent la CARSAT, 2 la DIRECCTE, et un l'ARACT.

- « ***Estimez-vous être accompagné dans ce projet par vos partenaires institutionnels ?*** »

Tous les directeurs de SSTI (sauf une non réponse) estiment avoir été accompagnés par leurs partenaires. Tous citent la DIRECCTE comme aidante, 3 la CARSAT. Aucun autre institutionnel n'est évoqué.

- « ***A quel moment dans l'élaboration du projet ?*** »

La majorité situe l'aide tout au début de l'élaboration du projet de service. : étape 0 citée 2 fois – étape 1 (3 fois) - étape 2 (2 fois) – étape 3 (4 fois) – étape 4 (1 fois) – étape 6 (1fois).

- « **Comment ?** »

- ❑ Echanges oraux et mail : cité par tous les répondants (8).
- ❑ Participation à des CMT : cité par tous les répondants (8).
- ❑ Echanges autour d'une première trame d'écrit : cité par 5 répondants sur 8.
- ❑ La DIRECCTE est le plus souvent citée.

Depuis ces entretiens les projets de service sont presque tous achevés et le médecin inspecteur du travail et la CARSAT ont étudié les projets de service en vue d'élaborer les CPOM.

III-2-7-2 Temporalité

Le temps passé à l'élaboration du projet de service est entre 9 mois et 12 mois avec de nombreuses réunions de CMT et de groupes de travail difficilement chiffrables pour les directions.

Le temps passé à l'écriture de chaque projet de service est peu précis pour la plupart des entretiens mais se situe entre 2 mois et 4 mois en alternance avec d'autres tâches et en alternance entre réflexion et écriture.

3 directeurs l'ont écrit seuls puis le projet a été présenté à la CMT. Un directeur a été aidé dans la rédaction.

2 ont réalisé l'écrit à plusieurs (comités de pilotage) avec répartition de l'écrit en fonction des compétences. Quand des groupes de travail existaient en amont ces groupes ont écrit l'action prévue.

III-2-8 Apports de la démarche de projet de service pour le SSTI

Seuls 4 directeurs ont répondu à cette question probablement parce que les autres directeurs n'avaient pas assez de recul lors de nos entretiens.

De nombreux aspects positifs ont été soulignés :

- Cette démarche amène à une approche collective et pluridisciplinaire au sein du SSTI et crée à la fois une cohésion d'équipe par le travail commun et les échanges et également une vraie dynamique interne.
- Des méthodologies de travail sont définies collectivement et serviront de repères, une harmonisation des pratiques se fera progressivement.
- Des indicateurs sont à suivre et il y aura une meilleure visibilité sur ce qui se réalise et sur l'organisation nécessaire pour que le projet de service devienne opérationnel.
- Le projet de service permet d'aller de l'avant en matière de prévention et il permettra de mieux remplir les missions du SSTI.
- Quelques citations : « *très motivant* », « *une excellente chose* ».

Cependant des aspects négatifs sont aussi abordés :

- Le délai très court pour sa réalisation (pour un service en cours de constitution de son dossier d'agrément).
- Un travail très chronophage nécessitant de nombreuses réunions.
- L'absence de repères au plan national.
- Des incidences budgétaires pour le SSTI (recrutements et formations).
- Une dynamique à construire dans le SSTI.

III-2-9 Organisation des équipes pluridisciplinaires

III-2-9-1 « Comment sont organisées vos équipes pluridisciplinaires ? »

Dans 6 SSTI les compétences IPRP sont « centralisées » et destinées à l'ensemble des médecins du travail. Selon le SSTI on parle de « *plateau technique* », « *plate-forme* », « *pôle technique* ». Les médecins du travail sollicitent les IPRP en direct par téléphone ou mail ou par demande écrite. Ce sont les IPRP qui priorisent les demandes en fonction de leurs critères par exemple date d'arrivée de la demande mais d'autres critères peuvent exister assez méconnus actuellement.

Un SSTI a mis en place pour les médecins du travail volontaires des équipes pluridisciplinaires de proximité composées de 2 médecins du travail, de 2 secrétaires (ASST), d'une infirmière et d'un technicien (niveau licence professionnelle). Au départ 5 équipes ont été créées avec un objectif de 8 équipes et évaluation de leur fonctionnement. Cette organisation permettait d'être beaucoup plus présents dans les TPE.

Dans un autre SSTI un trinôme Médecin du travail – ASST – infirmière a été basé sur le volontariat (2 trinômes actuellement).

Un autre SSTI est sur le même mode d'organisation mais avec 2 médecins du travail – 2 ASST – et un infirmier.

L'organisation mise en place dans un autre service se fait par secteur. Nous retrouvons dans chaque secteur entre 5 et 7 médecins du travail, un nombre presque équivalent de secrétaires-ASST, une infirmière et une ASST technique.

Le dernier modèle d'organisation actuel est assez voisin mais avec des secrétaires dont un certain nombre ont des compétences d'ASST techniques et réalisent les 2 types d'activité.

III-2-9-2 « quels moyens pour que les MDT puissent animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire ? »

Peu de moyens sont donnés aux médecins du travail pour pouvoir assumer ce nouveau rôle.

3 directeurs évoquent un temps dédié pour des échanges hebdomadaires entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Un signale une décharge en effectifs pour les médecins du travail concernés.

3 directeurs envisagent également une formation pour les médecins du travail afin de les aider dans cette tâche.

2 directeurs précisent que c'est bien le médecin du travail qui est le seul demandeur d'intervention, qu'il assure le suivi de sa réalisation, ainsi que la restitution.

III-2-9-3 « Quelles difficultés dans leur mise en place ? »

La gestion, la planification, le manque de temps et donc les priorisations des demandes ainsi que la visibilité des échéances sont les problèmes soulevés par 4 directeurs. Cela concerne plus les IPRP et les ASST techniques.

La place et le rôle des infirmiers dans l'AMT sont abordés par 2 directeurs.

Les difficultés de management de certains médecins du travail sont aussi mises en évidence.

Les nombreux déplacements ainsi que le travail des médecins du travail dans des centres annexes ne favorise pas les échanges entre membres de l'équipe pluridisciplinaire.

L'adhésion de tous au nouveau mode de fonctionnement n'est pas encore complètement acquise souligne un directeur.

III-2-9-4 « Quels sont les facteurs facilitant le bon fonctionnement ? »

Les directeurs évoquent un certain nombre de facteurs facilitants :

- La motivation des médecins du travail.
- Le sens de l'action à engager au bénéfice de la santé des salariés.
- Des rencontres régulières : réunions inter-métiers et d'autres avec la direction pour faire évoluer l'organisation si nécessaire.
- Une organisation favorisante : suivi informatique des demandes et de leurs avancées, un IPRP plus chargé de la répartition des demandes de façon équitable pour les médecins.
- Une restitution commune des études dans les entreprises et suivi de l'évolution de la prévention suite aux préconisations.
- Une proximité géographique plus favorable au travail collectif et aux échanges informels. Ils sont plusieurs à souligner l'efficacité des échanges directs.

III-2-10 Les CPOM

Lors des entretiens avec les directeurs 2 CPOM avaient été signés depuis janvier 2013. Il s'agissait de CPOM de courte durée dans l'attente du renouvellement d'agrément : un an pour l'un et 2 ans pour le second.

Le délai de signature du CPOM après que ses bases aient été posées a été pour ces 2 CPOM de 4 mois temps nécessaire pour sa rédaction puis pour les validations successives des modifications proposées par les 3 signataires et enfin les avis de l'ARS et du CRPRP.

Les 2 directeurs soulignent l'aide apportée par le Médecin Inspecteur du Travail.

La seule difficulté soulevée est que les entreprises n'adhèrent pas forcément à la démarche surtout concernant la santé mentale.

Les éléments facilitateurs cités sont le fait de préciser les objectifs des actions et de déterminer des indicateurs dans l'évaluation.

Globalement la démarche est vécue positivement « *c'est une bonne démarche* » « *il y a de la place pour tout le monde partenaire complémentaire et non pas concurrent* ».

Est souligné le fait que les projets de service et CPOM existent depuis plus de 10 ans dans le secteur sanitaire et médico-social et que nous entrons dans la logique du système de santé.

III-3-3 Résultats des auto-questionnaires

Nous avons diffusé notre auto-questionnaire à l'attention de l'ensemble des membres des équipes pluridisciplinaires des SSTI Lorrains [Médecins du travail (MDT), Infirmier en Santé Travail (IDEST), Secrétaire ou Assistant de Service de Santé au Travail (ASST), Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP ou ASST technique) soit à 445 personnes par la voie de la messagerie électronique. Après une deuxième relance, nous avons reçu 187 réponses soit un taux de participation de 42%.

Les auto-questionnaires n'ont pas été toujours entièrement remplis. Les réponses ont été renseignées dans un masque de saisie des données puis nous avons procédé à leur analyse avec l'aide d'une épidémiologiste du service d'épidémiologie et de l'évaluation clinique du CHU de Nancy.

L'analyse descriptive des données recueillies nous permet de dégager les constats suivants :

III-3-1 Caractéristiques de la population de l'étude

La population cible de notre enquête est l'ensemble des équipes pluridisciplinaires (EP) des Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) Lorrains. Pour apprécier le taux de participation et la représentativité de l'échantillon ayant répondu à notre auto-questionnaire par rapport à la population cible, des données démographiques concernant l'ensemble des participants ont été recueillies (répartition par métier, répartition par genre, répartition par classes d'âge, par type de contrat de travail...).

Les médecins du travail représentent un peu plus de la moitié des répondants :

Les réponses des médecins du travail représentent 52% des réponses reçues avec un taux de participation de 51,6 % de l'ensemble des médecins du travail des SSTI lorrains. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et les assistants en santé au travail (ASST) technique représentent le quart de notre population ayant répondu à l'auto-questionnaire avec un taux de participation de 75,8%. Les assistantes de service en santé au

travail (ou secrétaires) et le personnel infirmier représentent respectivement 19% (taux de participation de 21,7%) et 4% (taux de participation de 24,1%) des réponses reçues. [Tableau 7, Figure 7 et Figure 8].

Tableau 7 répartition du nombre des réponses et taux de participation par métiers.

Métiers	Effectif SSTI	Nombre de réponses	Taux de participation
Médecins du travail	188	97	51,5%
Infirmier(e)s	29	7	24,1%
IPRP/ASST Techniques	62	47	75,8%
Secrétaires	166	36	21,7%

Figure 7 Taux de participation à l'enquête par métier.

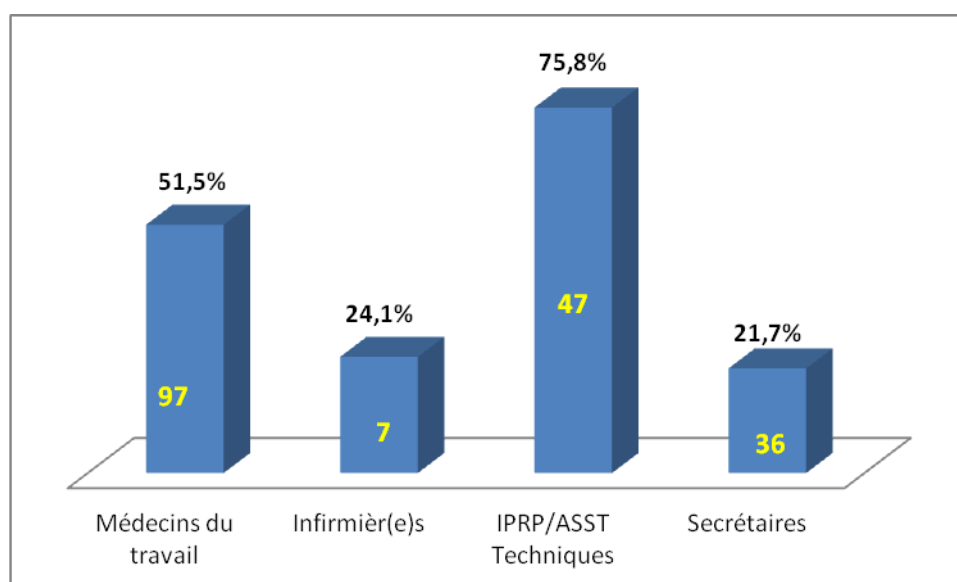
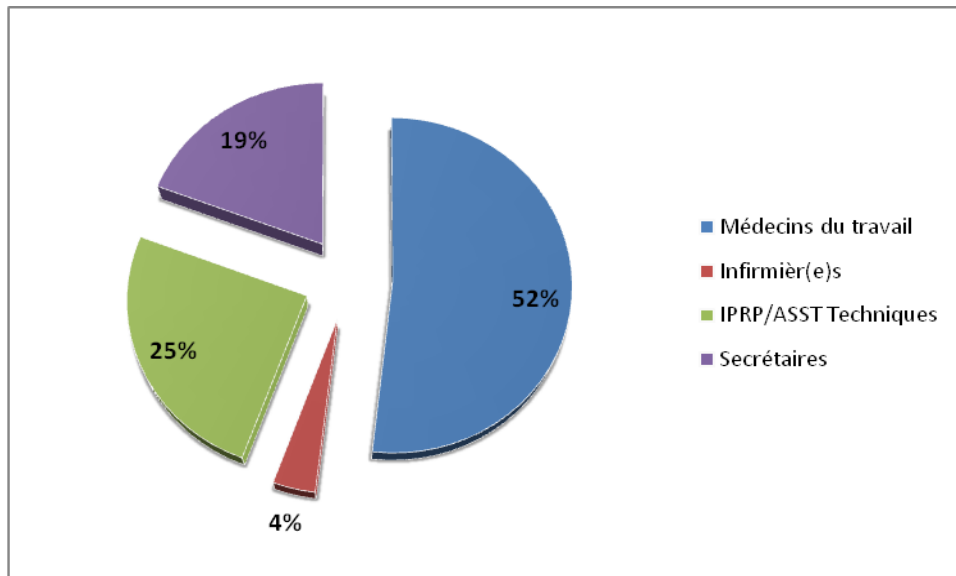


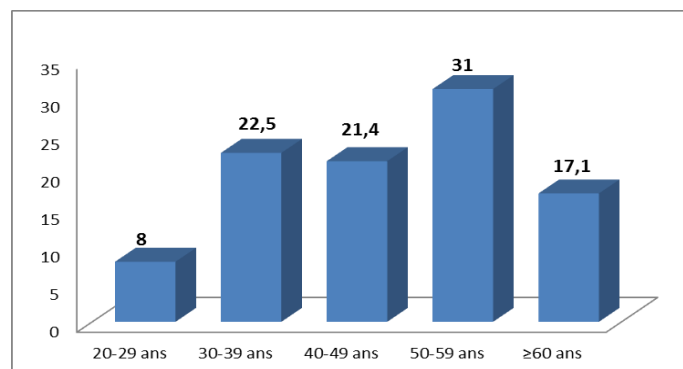
Figure 8 Répartition de l'échantillon par métier



Une moyenne d'âge élevée surtout pour les médecins du travail :

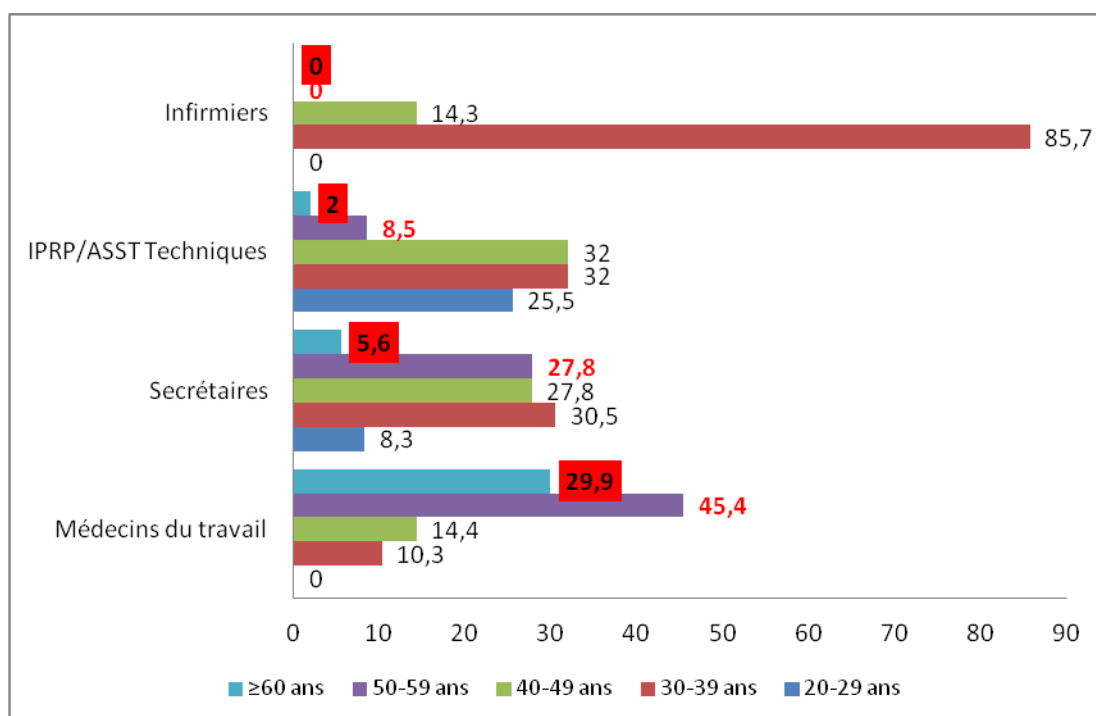
Nous observons que 48,1 % des participants ont un âge supérieur ou égal à 50 ans [Figure 9].

Figure 9 Répartition de la population selon leur classe d'âge.



Ce taux s'élève à 75,3 % pour la population des médecins du travail de la même classe d'âge [Figure 10]. L'âge des médecins du travail est supérieur à celui du reste du personnel, cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Figure 10 Répartition des métiers selon leur classe d'âge.



Lecture : pour les médecins du travail : 29,9% ont un âge >60ans et 45,4% ont un âge entre 50 et 59 ans soit 75,3 % ont un âge >50 ans.

Un personnel majoritairement féminin :

Le Tableau 8 récapitule la répartition des équipes pluridisciplinaires selon le genre. Les femmes représentent 78,1 % de la population totale [Figure 11] et 71,1% des médecins du travail [Figure 12].

Tableau 8 Répartition des répondants par métier selon le genre (nombre et %).

	MDT		Infirmiers		Secrétaires		IPRP/ASST Techniques	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%	nombre	%
Homme	28	28,9	2	28,6	0	0	11	23,4
Femme	69	71,1	5	71,4	36	100	36	6,6

Figure 11 Répartition de la population globale selon le genre.

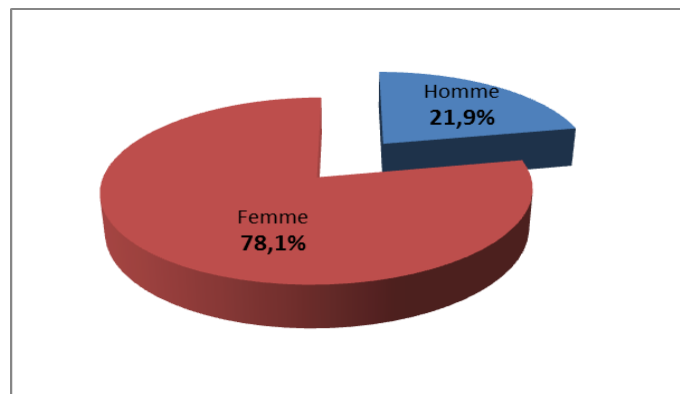
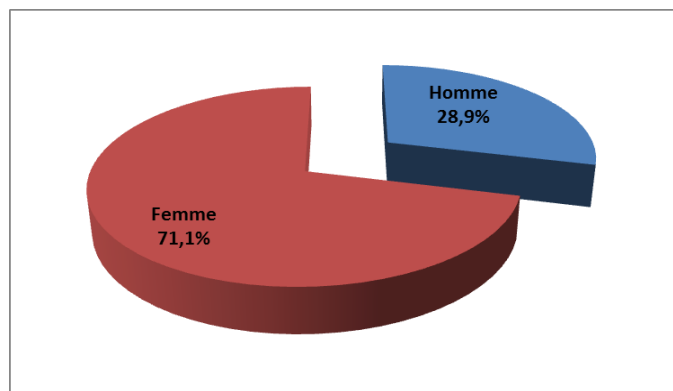


Figure 12 Répartition des médecins du travail selon leur genre.



Essentiellement des CDI à temps plein :

La quasi-totalité (97%) du personnel des SSTI occupe un poste de travail en contrat à durée indéterminée, et deux tiers d'entre eux travaillent en temps complet [Figures 13 et 14].

Figure 13 Type de contrat de travail.

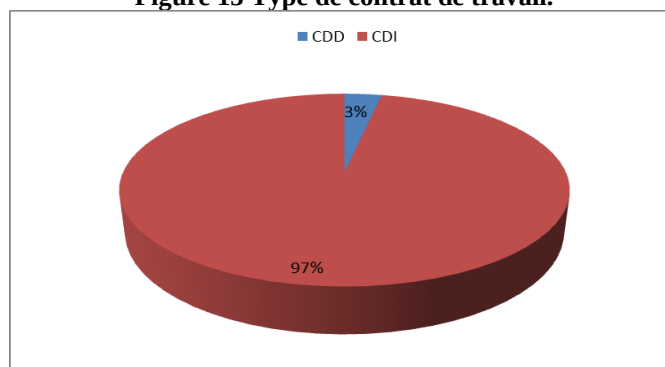
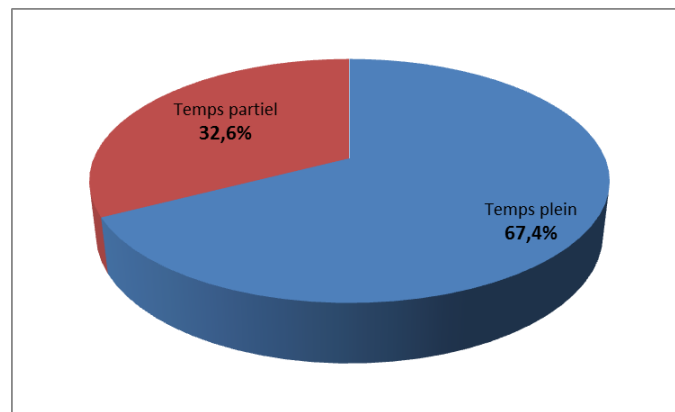


Figure 14 Temps hebdomadaire de travail.

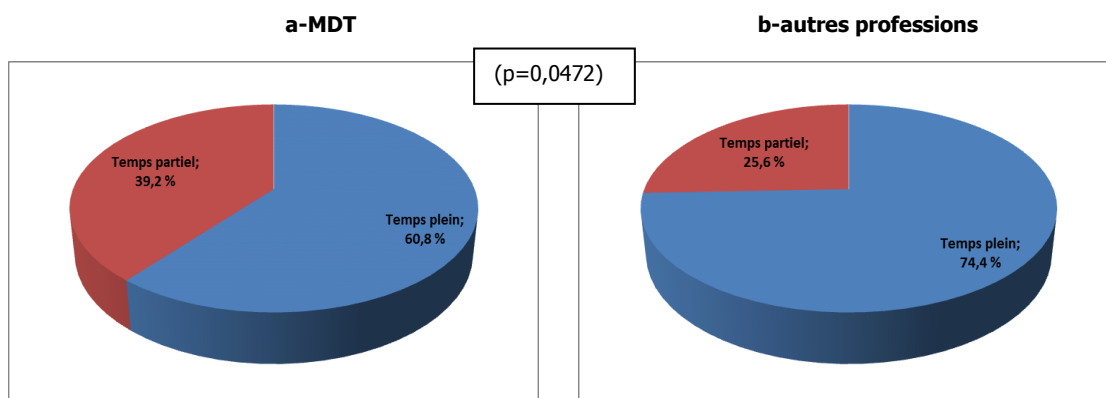


Cependant l'analyse du temps de travail en fonction des métiers met en évidence une nette prédominance du temps partiel pour les médecins du travail puisqu'ils sont 39,2% à travailler à temps partiel contre 25,6% pour les autres métiers. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0472$) [Tableau 9 et Figure 15].

Tableau 9 Comparaison temps de travail des MDT au reste de l'EP

	MDT	autres professions
Temps plein	60,8%	74,4%
Temps partiel	39,2%	25,6%

Figure 15 Comparaison temps de travail des MDT au reste de l'EP.



Un personnel stable et une ancienneté élevée pour les médecins du travail :

L'ancienneté moyenne du personnel dans le SSTI est de 13,4 ans avec un écart type de 10,8 ans et leur ancienneté moyenne à leur poste est de 14 ans avec un écart type de 11,1 ans. Notre enquête permet également de constater que l'ancienneté moyenne des médecins du travail est de 18 ans, et leur ancienneté dans le SSTI qui les emploie actuellement est de 15 ans. L'ancienneté des médecins du travail est supérieure à celle des autres professionnels exerçant dans les SSTI (tous métiers confondus). La différence de l'ancienneté au poste des médecins de travail par rapport à celle des autres métiers est statistiquement significative ($p < 0,0001$), par ailleurs la différence est également significative concernant leur ancienneté dans le service [Tableau 10] :

Tableau 10 Ancienneté par métier.

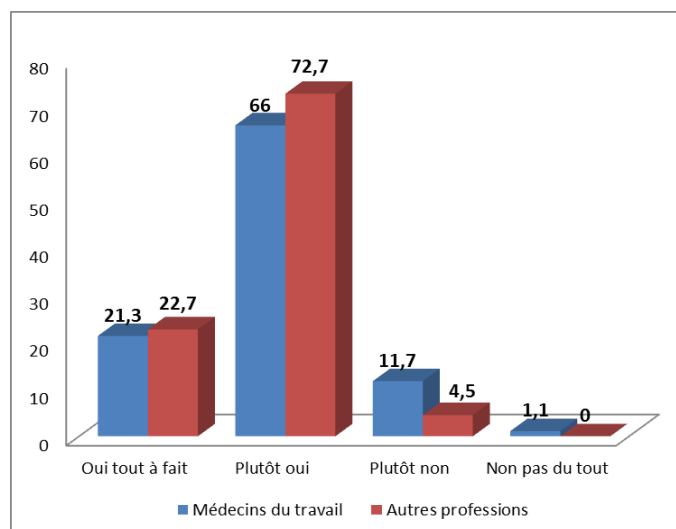
	Médecins du travail			Infirmières			Secrétaires			IPRP/ASST Techniques			
	N=97 (51,9%)			N=7 (3,7%)			N=36 (19,3%)			N=47 (25,1%)			
	N	moy	ET*	N	moy	ET*	N	moy	ET*	N	moy	ET*	p**
		ans	ans		ans	ans		ans	ans		ans	ans	
Ancienneté dans le SSTI	97	15	11,2	7	3,3	2,4	36	14,7	11,9	47	11,6	8,9	0,012
Ancienneté au poste	96	18	11,1	7	3,9	3,4	36	14,6	12	46	7	5,4	<0,0001

* écart-type

Des conditions de travail vécues majoritairement comme satisfaisantes:

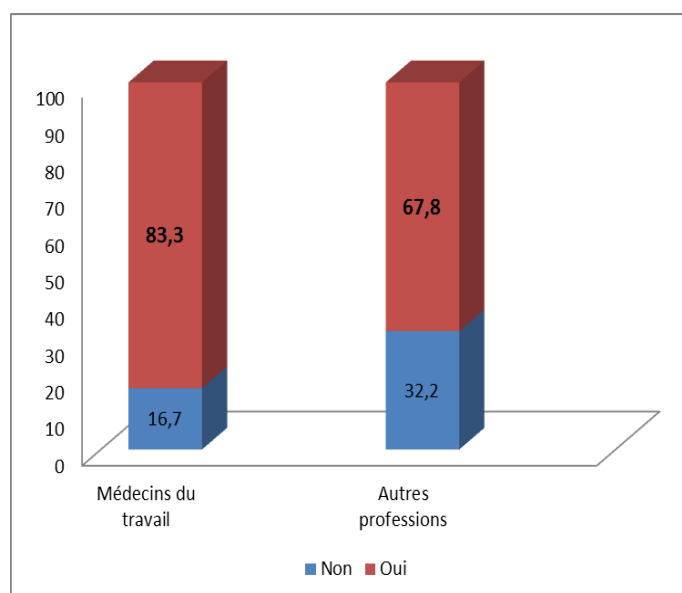
87,3 % des MDT et 95,4 % des autres professionnels des SSTI lorrains manifestent leur satisfaction en ce qui concerne leurs conditions de travail pour exercer leur métier [Figure 16]. Cependant, 12,7% des MDT (contre seulement 4,6 % du reste du personnel) estiment que leurs conditions de travail ne sont pas satisfaisantes pour faire un travail de qualité. Cette comparaison retrouve une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Figure 16 Satisfaction en matière de conditions de travail.



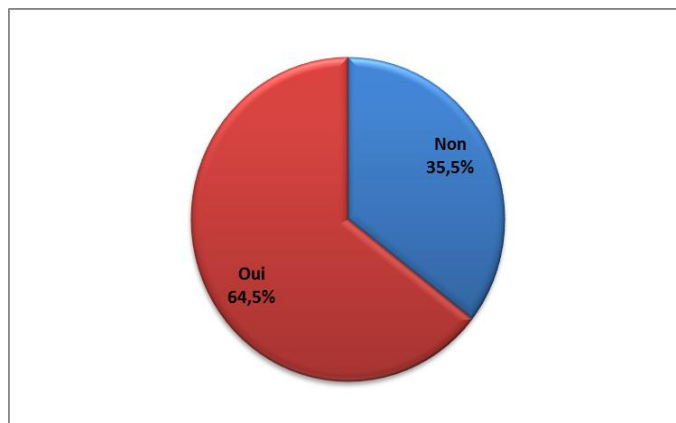
En matière de formation, 83,3 % des MDT et 67,8% des autres professionnels déclarent avoir bénéficié d'une formation professionnelle satisfaisante leur permettant de faire un travail de qualité [Figure 17].

Figure 17 Formation.



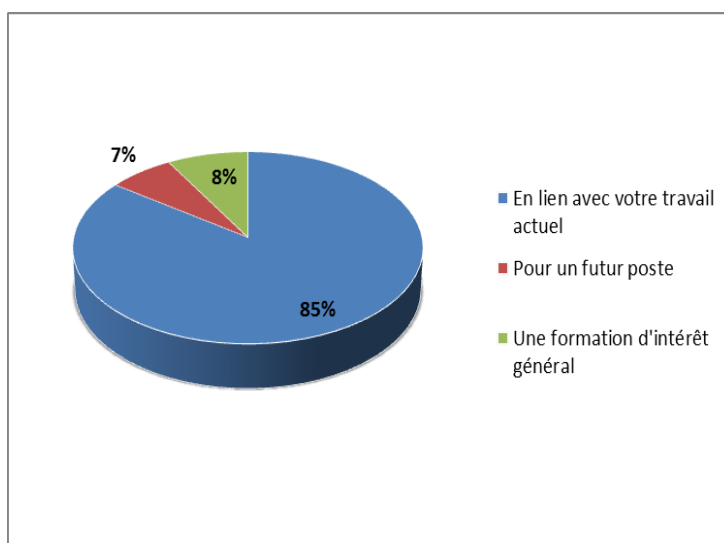
La réponse à la question extraite du questionnaire EVREST « *depuis un an, avez-vous eu une formation ?* » montre que près des deux tiers (64,5%) de tout le personnel ont suivi une formation dans les 12 derniers mois essentiellement en lien avec le poste de travail actuel et ce dans 85% des cas [Figures 18 et 19].

Figure 18 Formations dans les 12 derniers mois.



Le reste des formations (15%) a été dans le cadre d'un futur poste, ou d'une formation d'intérêt général [Figure 19].

Figure 19 Type de formation.

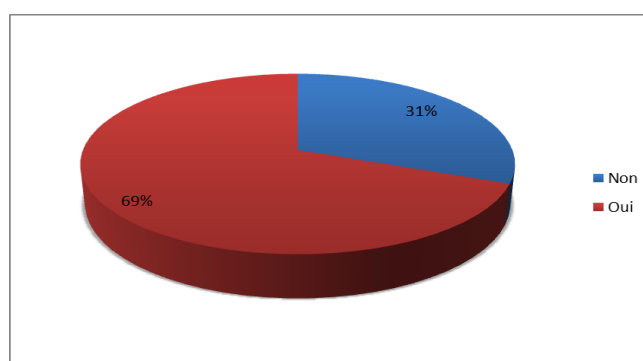


III-3-2 Mise en œuvre de la réforme

Un avis partagé sur la réforme :

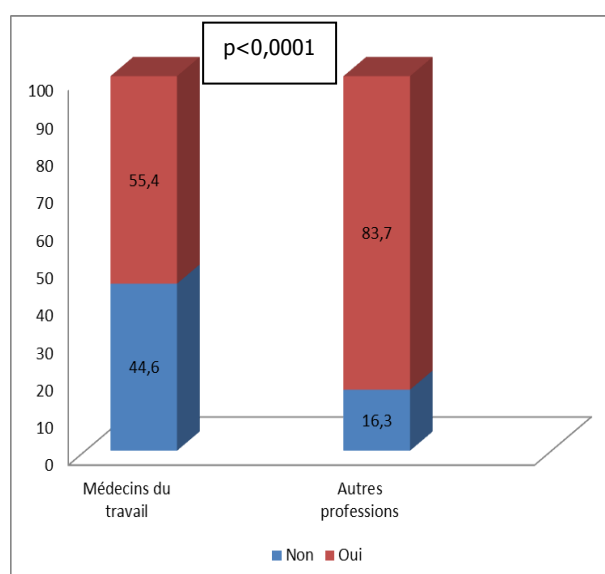
En général plus des deux tiers (69%) du personnel des SSTI expriment un avis favorable sur la dernière réforme. Pour eux, elle apporte une avancée en matière de prévention pour les salariés suivis [Figure 20].

Figure 20 La réforme une avancée en matière de prévention pour les salariés suivis



Cependant, si on compare les réponses selon les métiers, un peu plus de la moitié (55,4 %) des MDT et 83,7 des autres professionnels des SSTI lorrains pensent que la dernière réforme de la médecine du travail apporte une avancée en matière de prévention des salariés suivis. Cette différence d'avis entre les deux groupes est statistiquement significative ($p < 0,0001$) [Figure 21].

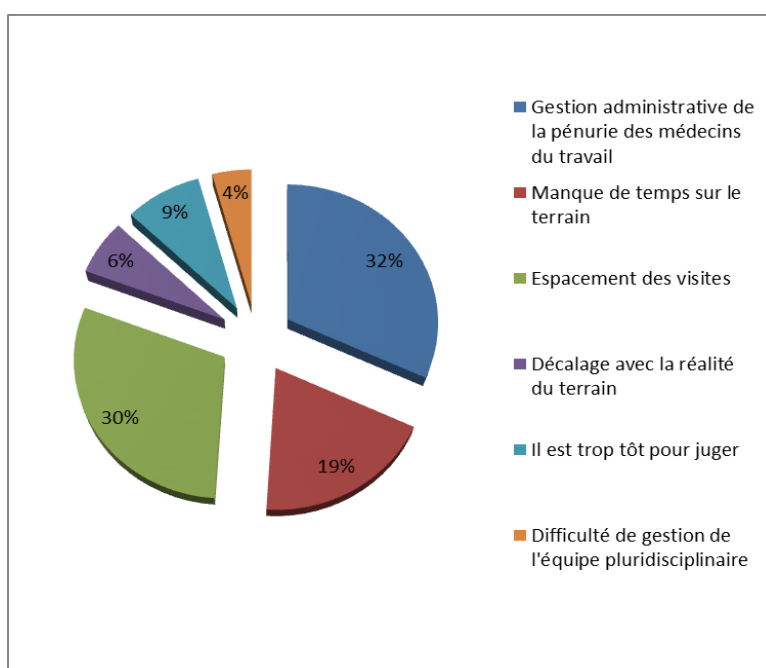
Figure 21 Comparaison de l'avis des médecins du travail à celui du reste du personnel sur la réforme.



Les principales raisons exprimées par le personnel qui ont un regard négatif sur la dernière réforme sont les suivantes [Figure 22].

- 32 % du personnel pensent que cette réforme est une gestion administrative de la pénurie des médecins du travail et que la démographie médicale reste alarmante.
- 30 % du personnel estiment que l'espace des visites médicales entraîne une perte du suivi régulier des salariés.
- 19 % du personnel relèvent que le manque de temps pour mener des actions sur le milieu du travail reste un des principaux freins pour une meilleure prévention.
- d'autres avis sont exprimés :
 - il existe un décalage avec la réalité du terrain parce que les besoins ne sont pas les mêmes d'une entreprise à une autre.
 - il est trop tôt pour juger.
 - les difficultés de la gestion de l'équipe pluridisciplinaire sont un véritable obstacle.

Figure 22 Raisons pour ceux qui pensent que la réforme n'est pas une avancée en matière de suivi de la santé des salariés.

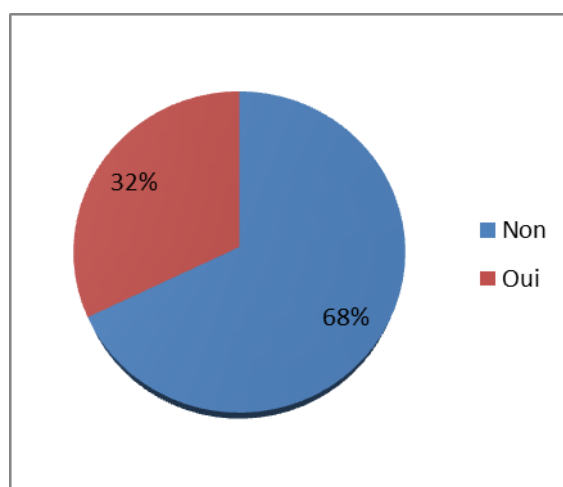


III-3-3 Participation à l'élaboration du projet de service

Une participation inégale selon le métier et l'appartenance à la CMT :

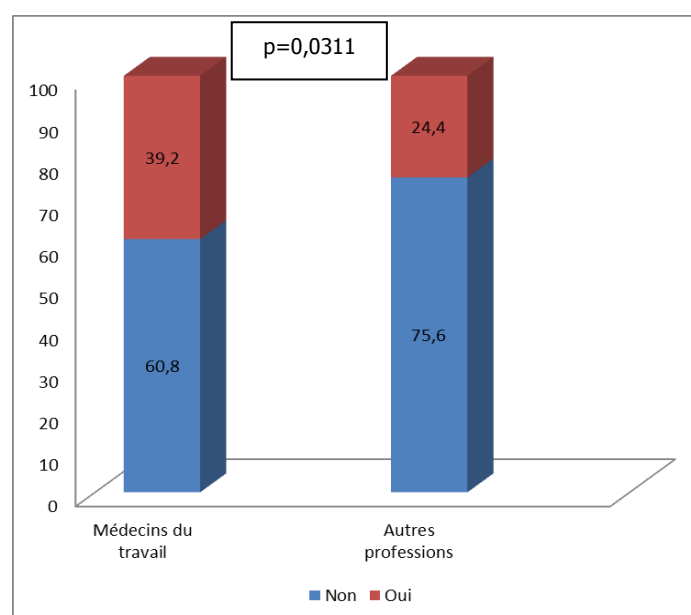
Près du tiers du personnel des équipes pluridisciplinaires des SSTI ayant répondu à notre enquête déclarent être membres de la Commission Médico-Technique (CMT) de son service correspondant [Figure 23].

Figure 23 Faites-vous partie de la CMT.



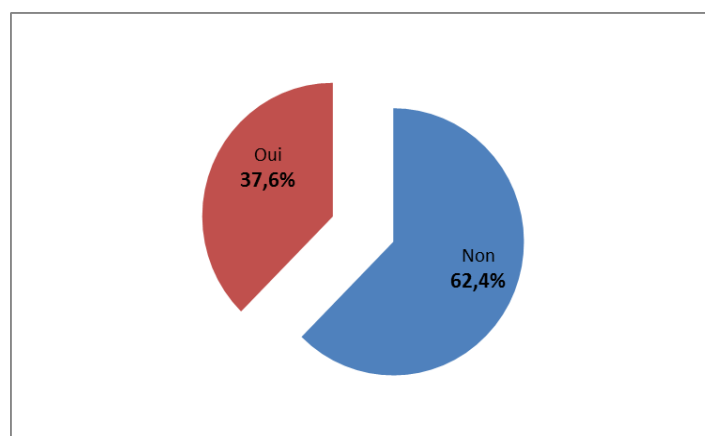
Les médecins du travail de notre échantillon sont plus nombreux que le reste des métiers dans leur participation à la CMT de leur service. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0311$) [Figure 24].

Figure 24 Participation à la CMT des médecins du travail et des autres métiers des SSTI.



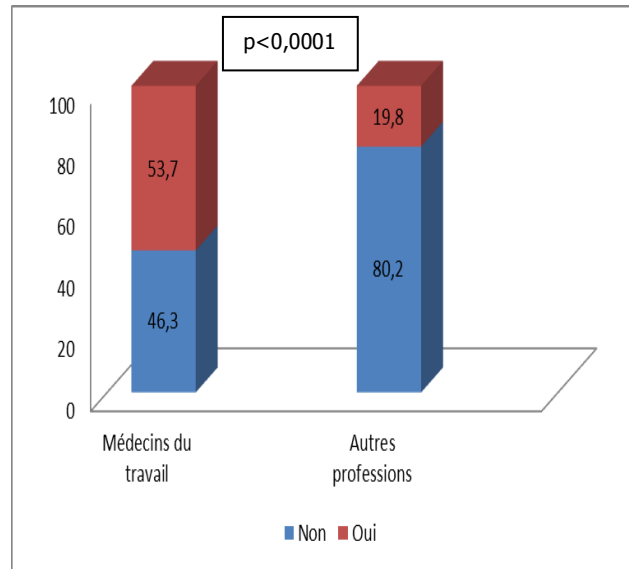
La participation à l'élaboration du projet de service ne se limite pas seulement aux membres de la CMT, en effet 37,6% du personnel déclarent y avoir participé [Figure 25].

Figure 25 Participation à l'élaboration du projet de service.



Les médecins du travail sont plus nombreux à y participer par rapport au reste du personnel (53,7% versus 19,8%), cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$) [Figure 26].

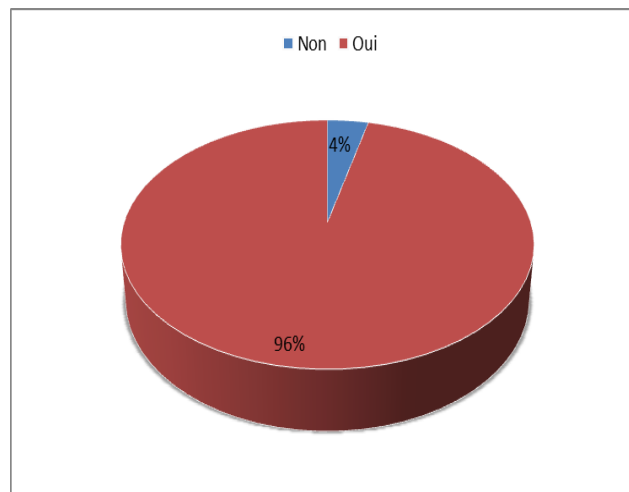
Figure 26 Comparaison entre MDT et reste du personnel pour la participation à l'élaboration du projet de service.



Une mobilisation plus forte des médecins du travail dans les groupes de travail :

Le travail par groupe est la méthodologie adoptée dans les différents services (96%) [figure 19].

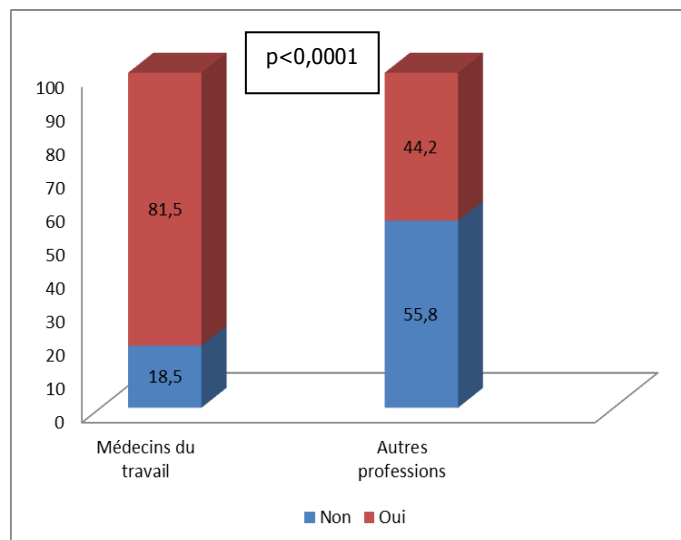
Figure 27 Existence de groupes de travail.



Dans notre échantillon nous retrouvons une participation des médecins du travail plus importante que celle des autres métiers. 81,5% des médecins du travail déclarent avoir

participé à au moins un groupe de travail contre 44,2% des autres métiers. Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,0001$) [Figure 28].

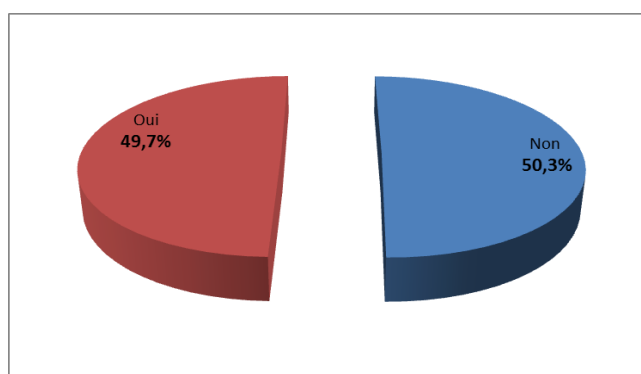
Figure 28 Participation à 1 ou plusieurs groupes de travail.



L'apport du projet de service : des avis partagés :

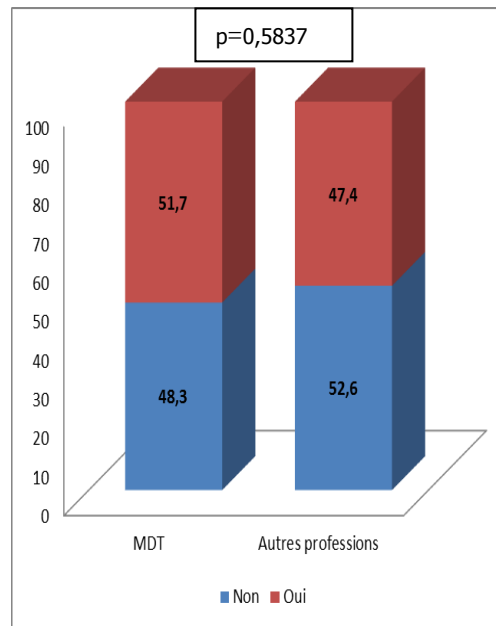
L'avis des équipes pluridisciplinaires sur la démarche d'élaboration du projet de service est partagé en ce qui concerne son apport d'un nouveau dynamisme dans le SSTI. Seulement 49,7% du personnel pensent que cette démarche a apporté un dynamisme dans leur SSTI [Figure 29].

Figure 29 La construction du projet de service a apporté un dynamisme nouveau dans le SSTI.



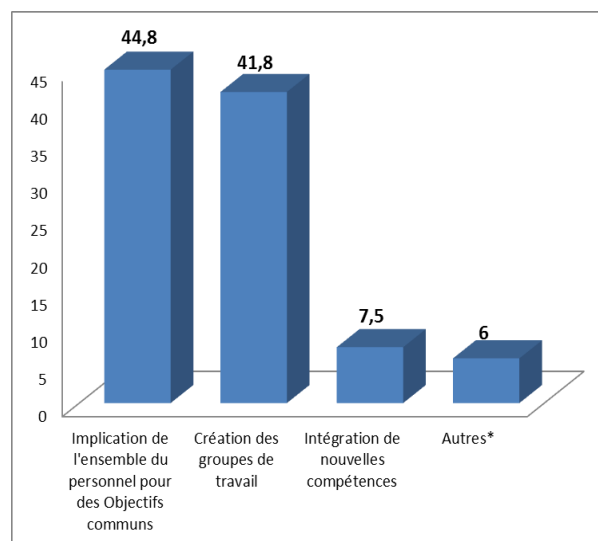
Les médecins du travail sont plus nombreux à exprimer cette évolution positive que les autres pluridisciplinaires (51,7% versus 47,4%) mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,5837$). [Figure 30].

Figure 30 Comparaison entre avis des médecins du travail et du reste du personnel concernant l'apport d'un dynamisme nouveau par le projet de service.



Ce dynamisme s'explique par l'implication de l'ensemble du personnel autour d'objectifs communs pour 44,8% des réponses, par la création des groupes de travail dans 41,8% des réponses, par l'intégration de nouvelles compétences dans l'équipe pluridisciplinaire dans 7,5% des réponses. D'autres raisons ont été citées notamment, le rôle de la direction, la mise en place de formations et l'amélioration des locaux du service [Figure 31].

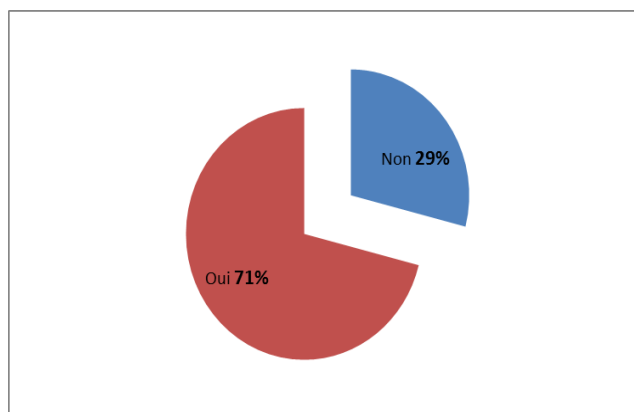
Figure 31 De quelle manière la construction du projet de service a apporté un dynamisme nouveau dans le SSTI ?



Des propositions du personnel pour le projet de service:

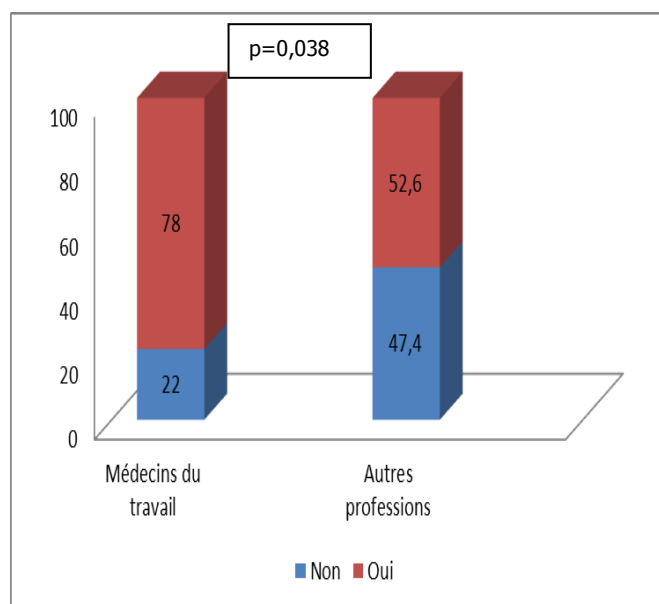
Seulement 69 questionnaires ont été renseignés sur cette question. Parmi ses 69 réponses, 49 personnes soit 71% ont fait au moins une proposition d'action dans le cadre de l'élaboration du projet de leur service [Figure 32].

Figure 32 Avez-vous fait des propositions ?



78 % des médecins du travail déclarent avoir fait au moins une proposition d'action contre 52,6 % du reste du personnel. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,038$) [Figure 33].

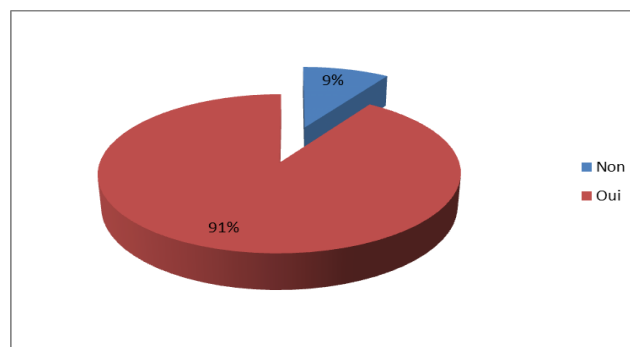
Figure 33 Comparaison entre MDT et du reste du personnel au sujet de formulation de propositions.



Nous remarquons que la majorité (91%) des propositions faites par le personnel a été prise en compte dans leur projet de service [Figure 34]. Par exemple, nous citons les quelques propositions suivantes :

- Action sur les risques psychosociaux.
- Action sur les troubles musculo-squelettiques.
- Fumées de soudage.
- Poussières de bois.
- Accueil des nouveaux adhérents.
- Maintien dans l'emploi.
- Action garage.
- Travail et Handicap...

Figure 34 Prise en compte des propositions.



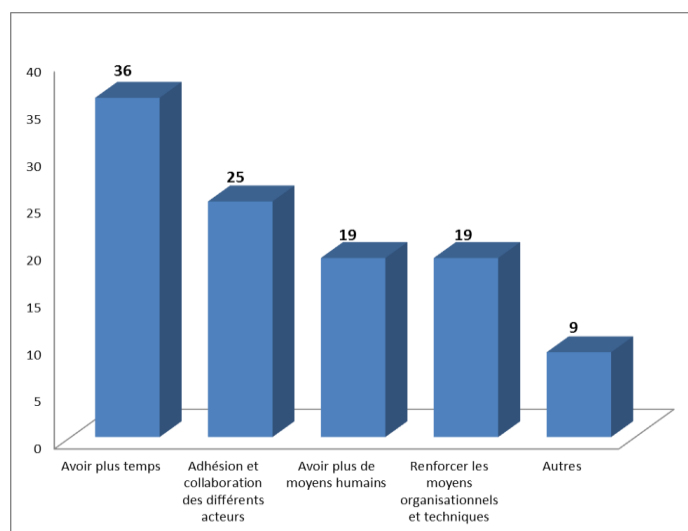
Nécessité d'un dégagement de temps et d'une meilleure adhésion de l'ensemble des acteurs

Pour la mise en œuvre du projet de service, plus d'un tiers du personnel des SSTI estiment qu'il est nécessaire d'avoir plus de temps. Le quart d'entre eux pense que l'adhésion et la collaboration de l'ensemble des acteurs est un élément majeur. 19 % du personnel soulignent la nécessité d'avoir plus de moyens humains donc de prévoir des recrutements et 19 % du personnel demandent une amélioration des moyens organisationnels et techniques [Figure 35].

D'autres moyens complémentaires qui paraissent nécessaires pour mener à bien la mise en œuvre du projet de service ont été évoqués, par exemple :

- La réalisation d'un travail transversal avec la CARSAT et la DIRECCTE.
- L'implication des employeurs.
- L'adéquation des actions du projet de service avec les besoins réels des entreprises sur le terrain.

Figure 35 Moyens complémentaires.



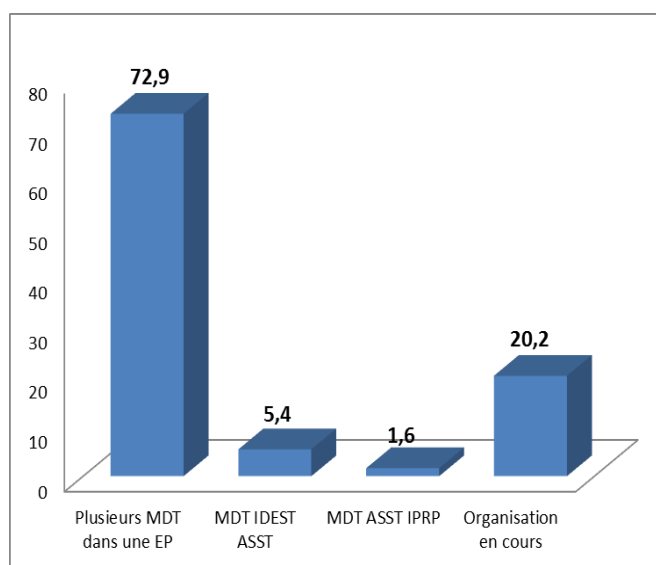
III-3-4 L'équipe pluridisciplinaire

Les modalités d'organisation des équipes pluridisciplinaires sont différentes d'un service à un autre. Le plus souvent, il s'agit d'une équipe commune à tout le SSTI, 72,9% des réponses de notre échantillon retrouvent ce type d'organisation [Figure 36]. Au niveau de certains secteurs de quelques SSTI, l'équipe pluridisciplinaire dite « de proximité » est organisée pour le périmètre du secteur, elle comprend plusieurs médecins du travail, plusieurs secrétaires ou ASST, un personnel infirmier et une compétence technique. L'organisation de l'EP est intégrée dans le projet de service dans la quasi-totalité des SSTI, en effet 80% du personnel affirment que ce point fait partie de leur projet de service.

Des équipes pluridisciplinaires de composition variée :

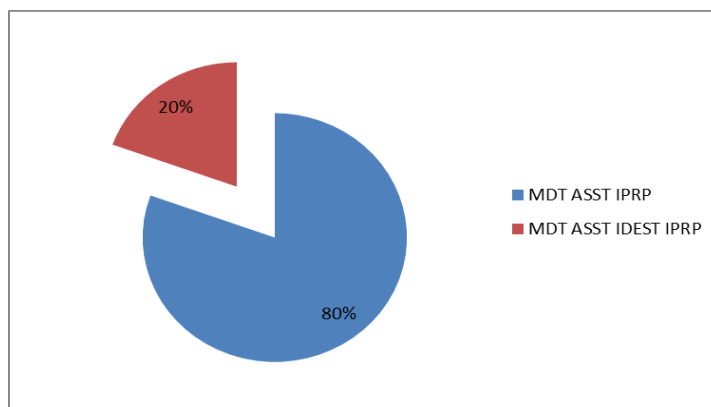
Dans 80% des réponses de notre échantillon concernant la composition des EP, nous retrouvons des fonctionnements très différents. Ainsi dans 73% des situations exprimées, les médecins du travail peuvent faire appel à des compétences de type IPRP si besoin mais il n'existe de fait qu'une seule EP. Dans 5,4% des cas, on retrouve un trinôme MDT, infirmier, ASST et dans 1,6% des réponses un trinôme MDT, ASST et IPRP [Figure 36].

Figure 36 Organisation de l'EP.



Les infirmiers en Santé au Travail font partie d'une EP dans seulement 20% des réponses ce qui en lien avec leur nombre encore réduit dans les SSTI [Figure 37].

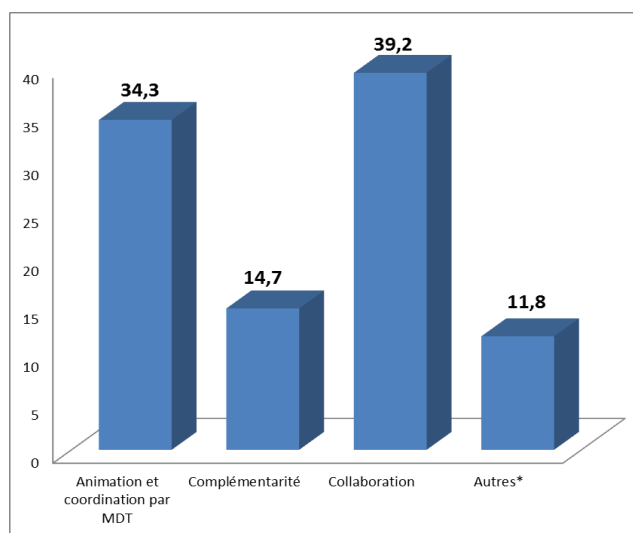
Figure 37 Composition de l'EP.



Des articulations des différents métiers non homogènes :

Nous avons regroupé les réponses à la question ouverte : "*Comment s'articule votre activité avec celle des autres métiers ?*" Nous retrouvons pour 39 % des réponses une collaboration entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire pour mener leur intervention. Pour 34,3% des réponses l'équipe pluridisciplinaire est animée et coordonnée par le ou les médecins du travail. Dans 14,7 % des réponses, les actions sont réalisées en complément de celles réalisées par un autre acteur de l'équipe et enfin dans 11,8 des réponses l'articulation entre les différents métiers est mal définie (articulation difficile ou définition en cours) [Figure 38].

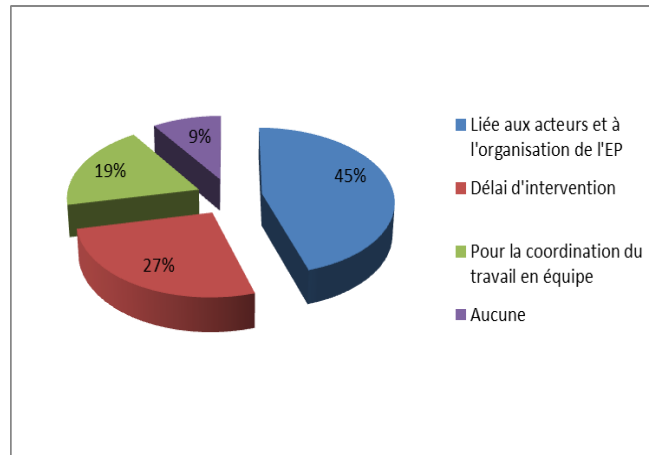
Figure 38 Articulation actuelle entre les métiers.



Des difficultés de fonctionnement :

Un certain nombre de difficultés dans le fonctionnement de l'EP a été signalé. Aussi 45% du personnel déclarent que les difficultés sont liées aux acteurs et à l'organisation actuelle de l'EP, 27 % du personnel estiment que les délais d'intervention sont longs et 19% du personnel retrouvent que la coordination est difficile pour réaliser un travail d'équipe. Seulement 9% du personnel déclarent que l'organisation actuelle de leur EP ne présente aucune difficulté de fonctionnement[Figure 39].

Figure 39 Difficultés dans le fonctionnement de l'EP.



Nous avons comparé les réponses des médecins du travail à celles du reste du personnel concernant cette question [Figure 40 et 41]. Il ressort que les difficultés liées aux acteurs et à l'organisation de l'EP sont évoquées en premier par les deux groupes (36% et 58% respectivement). Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0349$).

Figure 40 Avis des Médecins du travail.

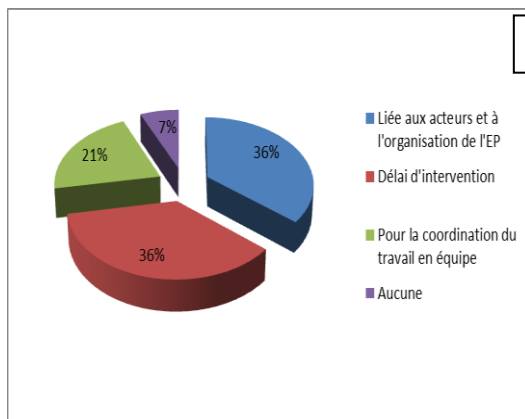
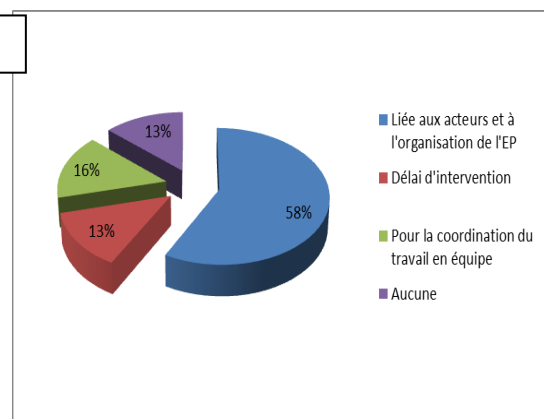


Figure 41 Avis des autres professions.



$p=0,0349$

Les médecins du travail signalent plus souvent des délais d'intervention trop longs (36% versus 13% pour les autres membres des EP).

En effet, nous pouvons constater des temporalités très différentes dans les actions des uns et des autres.

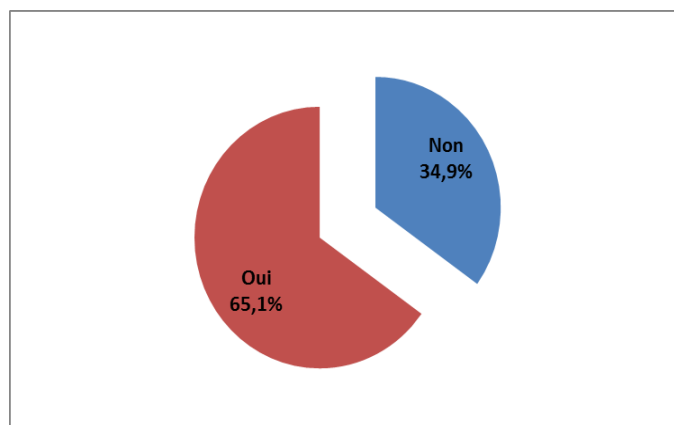
Les médecins du travail soulignent plus fréquemment les difficultés de coordination du travail en équipe (21% versus 16%). Le nouveau rôle qui leur a été défini par la législation "*animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire*" reste encore complexe à mettre en œuvre, dans un contexte historique d'un métier travaillant majoritairement seul.

Les autres métiers sont plus nombreux à ne pas décrire de difficultés dans le fonctionnement de l'EP avec 13% de réponses versus 7% pour les médecins du travail.

III-3-5 Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

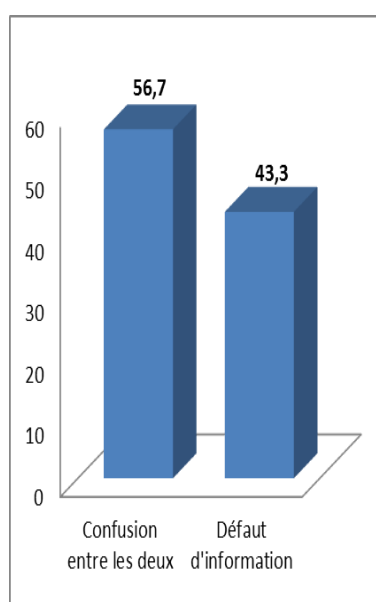
Le projet de service pluriannuel et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont deux notions nouvelles pour les SSTI, elles sont introduites par la dernière réforme de la médecine du travail. Un peu moins que les deux tiers du personnel des SSTI déclarent faire la différence entre les notions [Figure 42].

Figure 42 Différence claire entre projet de service pluriannuel et CPOM.



Pour le reste du personnel, nous retrouvons une certaine confusion entre le projet de service pluriannuel et le CPOM. Si leur intitulé est clair, il n'en est de même pour leur contenu (56,7% des réponses). Il est souligné le manque d'information sur le sujet [Figure 43].

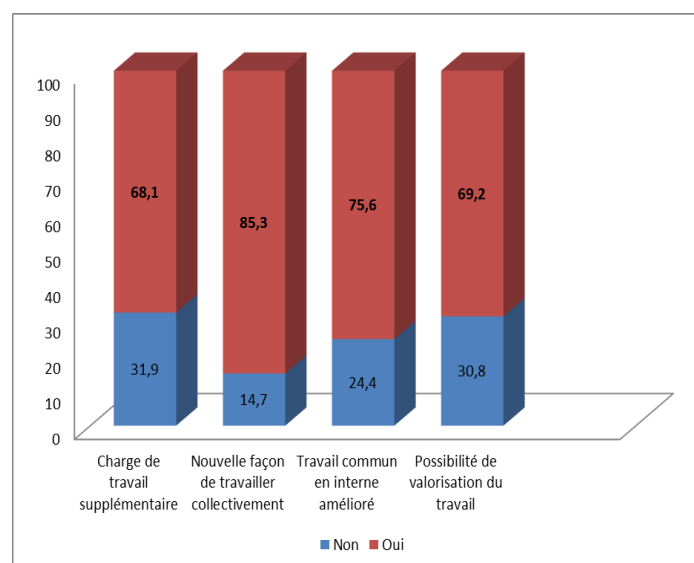
Figure 43 Pourquoi la différence n'est pas claire ?



Des nouveautés apportées par le CPOM:

Plus des deux tiers du personnel estiment que le CPOM est une charge de travail supplémentaire. Le personnel considère le CPOM dans 85,3% des cas comme une nouvelle façon de travailler collectivement, dans 75,6% des cas comme une occasion à améliorer le travail commun en interne et dans 69,2% des cas comme une possibilité de valoriser le travail de chacun [Figure 44].

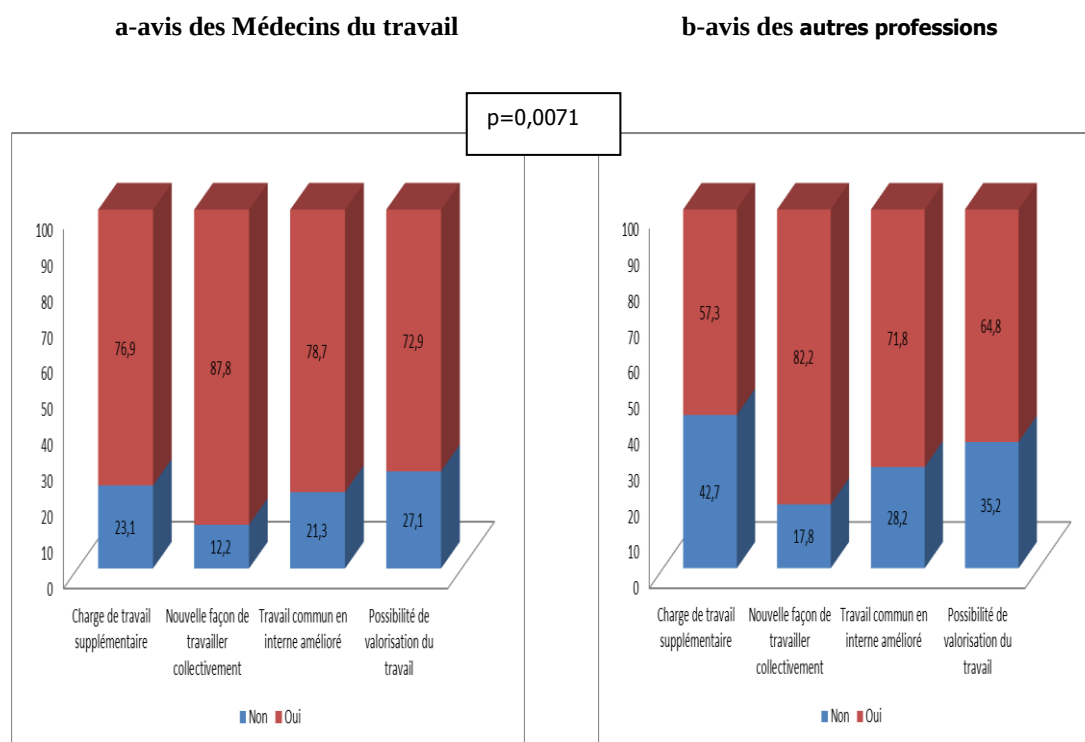
Figure 44 Apport du CPOM.



La comparaison des réponses des médecins du travail avec celles du reste des métiers de l'EP retrouve une différence statistiquement significative ($p=0,0071$) en ce qui concerne l'apport d'une charge de travail supplémentaire. Ainsi 76,9% des médecins du travail considèrent que le CPOM est une charge supplémentaire de travail contre 57,3% du reste des métiers.

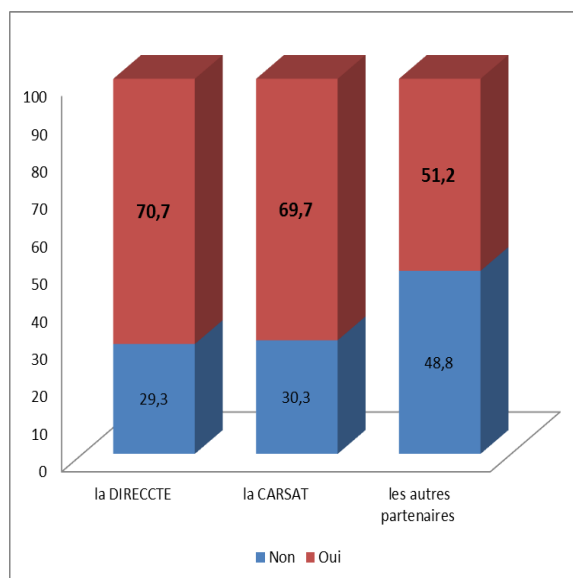
Le point de vue des médecins du travail est proche de celui du reste du personnel en ce qui concerne les autres points [Figure 45]. Il n'y a pas de différence statistiquement significative pour ces derniers points.

Figure 45 Comparaison des réponses des médecins du travail à celles du reste du personnel.



Un peu plus du tiers du personnel des SSTI ayant répondu à notre enquête considèrent le CPOM comme un moyen d'amélioration du travail en commun avec l'Etat représenté par la DIRECCTE et la Sécurité Sociale (CARSAT). Un peu plus de la moitié déclarent que le CPOM peut également être une occasion d'améliorer le travail commun avec d'autres partenaires intervenant dans le champ professionnel, par exemple les professionnels d'aide au maintien dans l'emploi (AGEFIPH, SAMETH...) ou les organismes professionnels (ARACT, OPPBTP, INRS...) voire d'autres acteurs comme les branches professionnelles, etc... [Figure 46]

Figure 46 Amélioration du travail commun en externe.

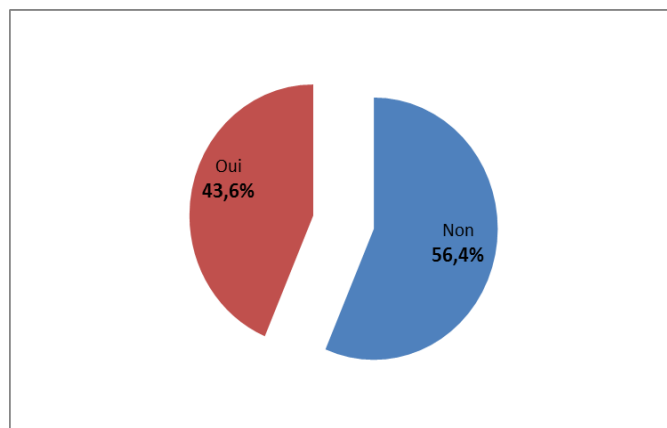


Des SSTI ayant déjà signé un CPOM :

Nous notons que 43,6% du personnel de notre échantillon travaillent dans l'un des deux SSTI lorrains ayant déjà signé un CPOM [Figure 47]. L'effectif total de ces deux SSTI est 141 personnes ce qui représente 31,7% de notre population ciblée par notre enquête.

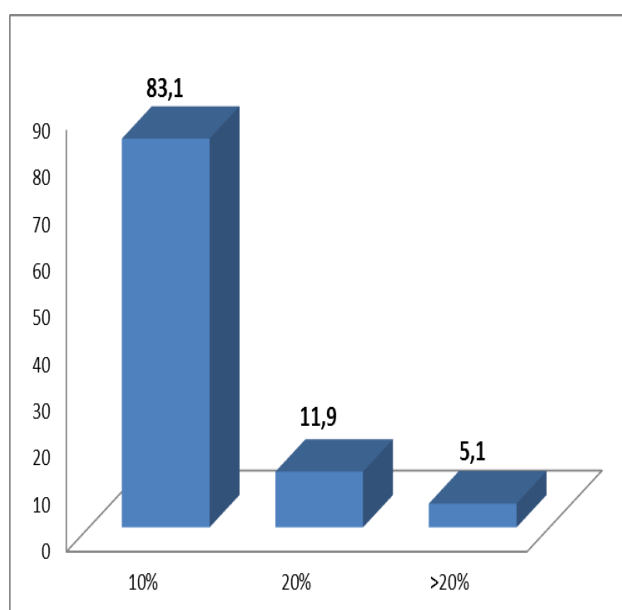
Les autres SSTI sont en cours d'élaboration de leurs projets de service. L'état d'avancement est très variable d'un service à l'autre. Mais il est important de signaler que tous les services ont déjà initialisé la démarche lors du lancement de l'enquête.

Figure 47 Signature d'un CPOM par le SSTI.



La mise en œuvre des actions du CPOM nécessite que l'équipe pluridisciplinaire puisse y consacrer un certain volume horaire. L'analyse des réponses concernant la part du temps à consacrer aux actions du CPOM montre que 83,1% du personnel estiment ce temps à 10% du temps du travail hebdomadaire. Seulement 11,9% du personnel pensent consacrer 20% de leur temps aux actions du CPOM et enfin 5,1% du personnel déclarent pouvoir consacrer plus de 20% de leur temps de travail aux actions du CPOM (Figure 48).

Figure 48 Part du temps à consacrer aux actions du CPOM.

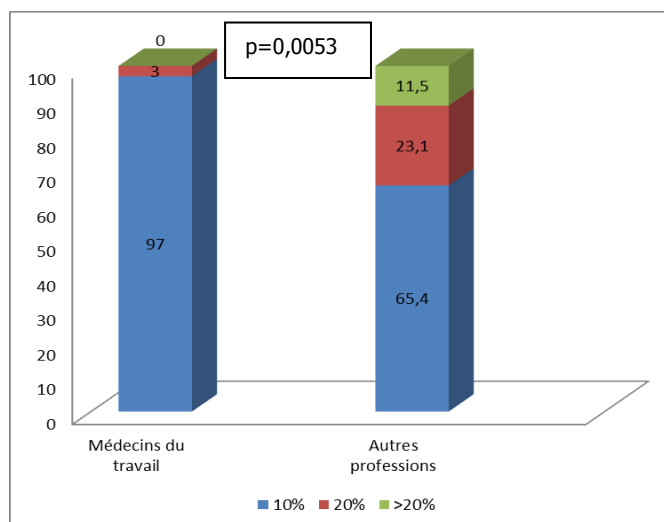


Lorsque nous comparons les réponses des médecins du travail à celles du reste des métiers, nous retrouvons que la quasi totalité (97%) des médecins du travail déclare ne pouvoir consacrer aux actions du CPOM que 10% de leurs temps, ce qui représente le tiers de leur action en milieu de travail.

Par contre 65% du reste des métiers composant l'équipe pluridisciplinaire estiment pouvoir y consacrer 10% de leur temps. Cette différence est statistiquement significative ($p=0,0053$).

Nous remarquons également qu'environ un cinquième des équipes pluridisciplinaires (métiers autres que les médecins du travail) consacraient entre 10 et 20% de leurs temps pour les actions du CPOM [Figure 49].

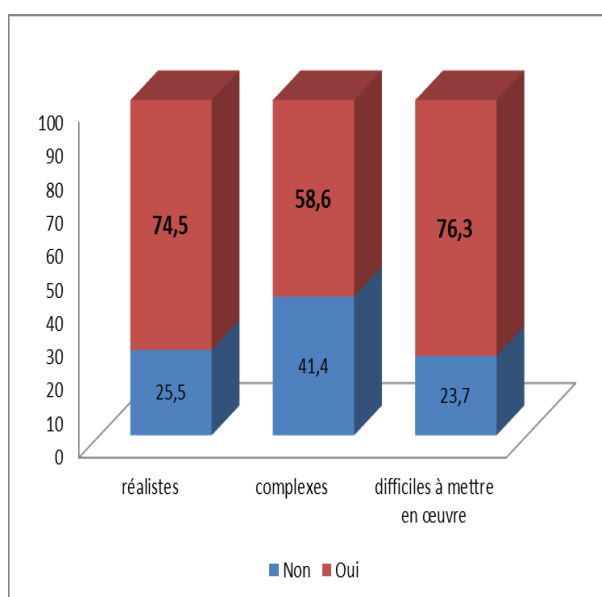
Figure 49 Part du temps de travail consacré au CPOM comparaison médecin du travail et autres professions.



Des indicateurs réalistes mais difficiles à mettre en œuvre :

Des indicateurs de suivi et de résultats sont prédéfinis afin d'évaluer les actions du CPOM, l'analyse des réponses concernant ce point retrouve que 74,5% du personnel estiment que les différents indicateurs sont réalistes, 58,6% du personnel les trouvent complexes et 76,3% d'entre eux pensent qu'ils sont difficiles à mettre en œuvre [Figure 50].

Figure 50 Perception des indicateurs de chaque action du CPOM.



III-3-6 Questions spécifiques aux médecins du travail

Médecin du travail : animateur et coordinateur l'EP

Face à ce nouveau rôle législatif, notre enquête permet de mettre en évidence les résultats suivants :

- près de la moitié des MDT déclarent assurer ce rôle dans la pratique de leur métier [Figure 51],
- seulement un quart des médecins du travail déclarent avoir bénéficié d'une formation pour assurer ce nouveau rôle [Figure 52],
- moins d'un tiers des MDT estiment avoir le temps suffisant pour animer et coordonner l'EP [Figure 52]. La fréquence des réunions des EP est variable d'un service à un autre, des réunions hebdomadaires sont organisées dans certains centres disposant d'une équipe pluridisciplinaire dite de proximité.

Figure 51 Animation et coordination de l'EP.

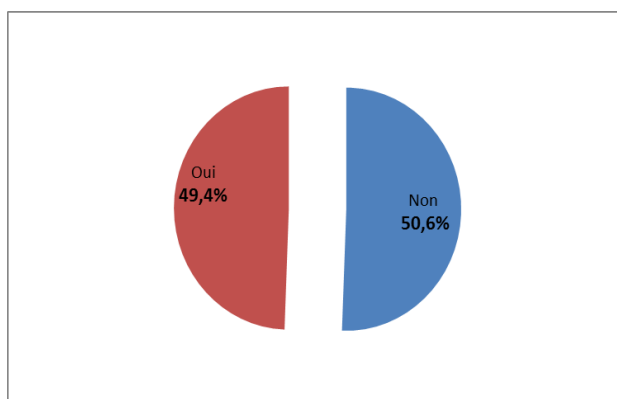


Figure 52 Formation pour animer et coordonner l'EP.

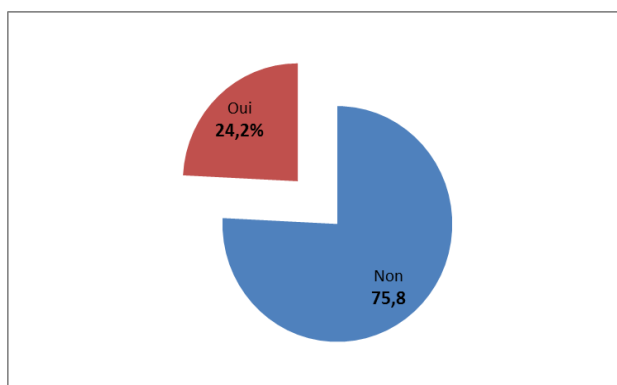
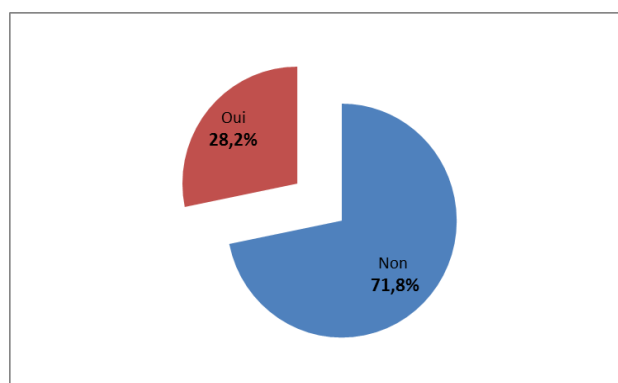


Figure 53 Temps pour animer et coordonner l'EP.

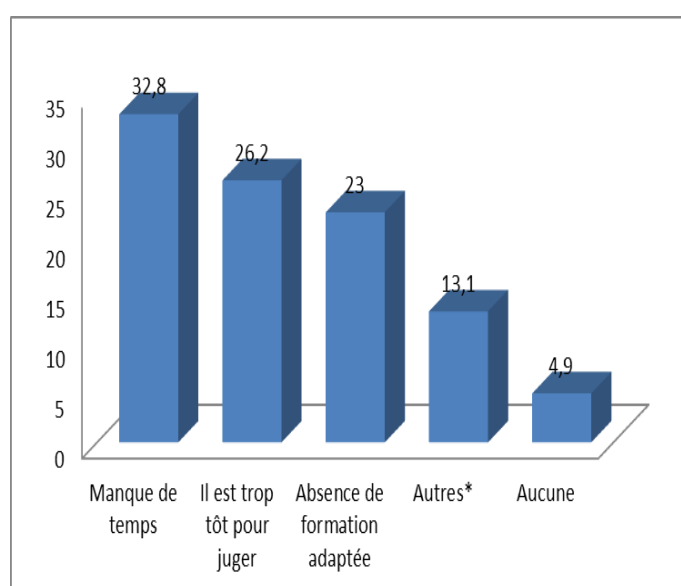


Un nouveau rôle difficile à assumer :

Les médecins du travail ayant répondu à notre enquête ont exprimé un certain nombre de difficultés pour exercer le rôle de l'animateur et coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire.

La première difficulté est liée au manque de temps. Elle est exprimée par près d'un tiers des MDT. Pour 26,2% des médecins il est trop tôt pour juger, néanmoins près d'un quart d'entre eux déclarent l'absence d'une formation adaptée pour ce nouveau rôle. Seulement 4,9% des MDT ne présenteraient aucune difficulté à assurer ce nouveau rôle [Figure 54].

Figure 54 Difficultés exprimées par les MDT dans l'exercice du rôle d'animateur et de coordinateur de l'EP.



64,3% des médecins du travail de notre échantillon pensent que les difficultés sont en lien avec le changement d'approche, d'une part du passage de l'individuel au collectif et d'autre part du travail seul à la délégation de tâches.

D'autres points de réflexion ont été évoqués par certains médecins du travail comme des obstacles pour l'exercice de leur nouveau rôle d'animateur et de coordinateur de l'EP. On y retrouve le partage des membres de l'équipe entre plusieurs médecins du travail, la distance géographique qui induit un certain isolement pour les membres de l'EP exerçant dans des secteurs étendus et la double hiérarchie administrative et médicale pour les EP.

III-4 Rôle de la DIRECCTE

Nous avons régulièrement échangé tout au long de cette étude avec le Médecin Inspecteur du Travail de Lorraine très impliqué dans cette évolution des SST.

Compte tenu d'un certain nombre de changements au sein de la DIRECCTE il ne nous a pas été possible d'interroger les responsables du Pôle Travail de la DIRECCTE qui ont été à l'initiative des premiers CPOM avec le MIRT.

Il nous apparaît nécessaire de reprendre l'historique du rôle de la DIRECCTE dans la réforme.

III-4-1 Une réflexion DIRECCTE – CARSAT dès avril 2012

Les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 ont été publiés le 30 janvier 2012. Quelques semaines après cette publication, la DIRECCTE de Lorraine et les CARSAT Nord-Est et Alsace-Lorraine ont décidé de se rencontrer pour réfléchir aux futurs CPOM.

Il convient de souligner que les découpages régionaux sont différents pour la DIRECCTE et pour les CARSAT. La DIRECCTE Lorraine travaille donc avec 2 CARSAT.

Une réunion commune a eu lieu en avril 2012 dont les objectifs étaient de définir les priorités retenues conjointement pour les CPOM et de définir régionalement l'articulation agrément – projet de service – CPOM.

Les conclusions de ces échanges ont été :

- *des priorités à retenir dans tous les CPOM :*
 - des actions de prévention précises sur les thèmes suivants : TMS – Risque chimique dont CMR – RPS.
 - des actions sur la prévention de la désinsertion professionnelle.
 - la participation à la veille en santé-travail.
 - une action sur la traçabilité des expositions.

A chaque service de décliner ces thématiques en fonction de ses priorités issues du diagnostic local (travail pour une branche donnée, par taille d'entreprise, pour une catégorie socioprofessionnelle donnée...).

Cette réflexion s'était appuyée sur l'ébauche du projet de service d'un petit SSTI qui avait été transmise pour avis au MIRT. Bien sûr, la direction du SSTI était d'accord pour que son projet serve comme base de travail.

- *Articulation agrément – projet de service – CPOM :*

CARSAT et DIRECCTE ont exprimé une volonté commune de créer une dynamique des SSTI dans la région Lorraine.

Un choix a été fait d'accompagner les SSTI motivés ayant déjà initialisé leur projet de service en vue d'un CPOM pour une durée courte allant jusqu'à la date de l'agrément.

Pour les autres SSTI, il a été convenu de leur laisser le temps de réaliser leur projet de service afin qu'il soit de qualité, réaliste mais ambitieux, porté par tout le personnel du service.

Ainsi la DIRECCTE et les CARSAT ont décidé de s'appuyer sur les SSTI innovants et moteurs pour mobiliser tous les autres SSTI lorrains. Aujourd'hui nous pouvons souligner la pertinence de ce choix.

III-4-2 L'action de la DIRECCTE

A partir de mai 2012 différentes actions ont été portées par la DIRECCTE.

III-4-2-1 Accompagnement de 2 SSTI dans la démarche

Le premier SSTI était un petit service composé de 5 médecins du travail, 1 ingénieure chimiste, 1 IPRP, 1 AST (ASST technique), 3 secrétaires médicales. L'élaboration de leur projet de service s'est fait en interne direction-CMT avec un aller et retour vers le Médecin Inspecteur du Travail. Le MIRT a été sollicité comme aide en particulier au plan méthodologique mais aussi pour la construction de certaines parties dont les indicateurs.

Il s'agissait d'une première expérience pour tous : SST et DIRECCTE y compris en France puisque cette élaboration a débuté en avril 2012 et s'est achevée en septembre 2012.

Le second SSTI est le service le plus important de la région avec en 2012, 50 médecins du travail, 21 IPRP et ASST, 50 secrétaires médicales. Il a réalisé son projet de service en interne avec aller et retour entre CMT et comité de pilotage tel que décrit précédemment.

En juin 2012 le SSTI a proposé une réunion du comité de pilotage avec le Médecin Inspecteur du Travail afin d'échanger sur son contenu. Les échanges au cours de cette réunion ont amené le service à compléter son projet et à l'achever en septembre 2012.

Ces 2 SSTI ont présenté leur projet de service à leur Conseil d'Administration en juin 2012 qui l'a validé sans demander de modification. Certes les allers et retours SSTI-MIRT ont fait évoluer le contenu du projet et il n'a pas été à chacune des étapes à nouveau présenté au CA. Les projets achevés ont été également présentés à la CARSAT.

A distance nous pouvons faire une analyse critique de ces projets de service :

- Pour les 2 SSTI le diagnostic local était très réduit et donc insuffisant pour prioriser des actions. Cependant pour le service le plus important la construction et la saisie informatique régulière d'indicateurs internes leur permettra dans un délai de 2 ans de pouvoir repérer les besoins en prévention dans les entreprises suivies. A signaler que ce SSTI est le seul en Lorraine à avoir embauché une statisticienne.
- Pour le petit service le projet de service a été construit comme un CPOM.
- Pour le second SSTI le projet de service définissait l'organisation interne qui allait être mise en œuvre ainsi que les moyens mais il n'y avait pas d'actions concrètes déclinées.
- Pour les 2 SSTI il n'y avait pas d'indicateurs envisagés au départ. Leur construction a été une vraie difficulté. En effet il n'était pas dans la culture des SST jusqu'à la réforme d'évaluer les actions réalisées. Or la signature d'un CPOM nécessite systématiquement une évaluation des actions prévues pour les 3 partenaires et donc l'élaboration d'indicateurs validés par les 3 signataires.

- Il y a eu beaucoup de bonne volonté de part et d'autre pour concrétiser à la fois le projet de service puis le CPOM mais nous étions face à un manque de savoir-faire. En Lorraine tous les partenaires, y compris le CRPRP ont été d'accord pour être sur une démarche empirique : «on apprend en marchant».
- Avec le recul nous pouvons souligner l'importance du travail commun et des échanges en amont SSTI – DIRECCTE – CARSAT comme la circulaire l'a notifié mais cette démarche était déjà en cours en Lorraine lorsque la circulaire a été publiée. Il y est écrit : *«les échanges entre le SST, la DIRECCTE et la CARSAT doivent être encouragés à toutes les étapes. Ces échanges peuvent avoir lieu en amont ou au cours de l'élaboration du projet de service pluriannuel et, ce en tout état de cause avant son adoption définitive par le Conseil d'administration . Dans ce cadre, la DIRECCTE et en particulier le médecin inspecteur du travail peuvent accompagner le service et la commission médico-technique dans ce projet structurant.»*

III-4-2-2 Réalisation du « chapeau » du CPOM

Un document d'introduction des CPOM a été réalisé par la DIRECCTE complété puis validé par les 2 CARSAT et ensuite présenté pour avis au CRPRP qui l'a également validé.

Ce document contient les éléments suivants [Annexe 3]:

- il précise les objectifs du CPOM,
- il souligne les particularités lorraines en termes de sensibilité (4ème région pour la surmortalité par cancers, surmortalité par BPCO...),
- il reprend ensuite les 5 priorités du Plan Régional Santé Travail,
- et il présente les volets santé-travail du Plan Régional de Santé et du Plan Régional Santé Environnement. Les deux plans régionaux sont disponibles respectivement sur les sites :
 - <http://www.ars.lorraine.sante.fr>
 - <http://www.lorraine.pref.gouv.fr>

III-4-2-3 Etat des lieux des SSTI lorrains

En avril 2012, le Médecin Inspecteur du Travail a sollicité tous les Directeurs des SSTI lorrains afin de faire un état des lieux portant sur :

- les effectifs de salariés suivis,
- la répartition entre surveillance médicale simple et surveillance médicale renforcée (dont SMR Nuit),
- le nombre de médecins du travail (en effectif et en etp),
- le nombre d'IPRP (en effectif et en etp),
- le nombre d'infirmiers (en effectif et en etp),
- le nombre de secrétaires (en effectif et en etp),
- le nombre de médecins du travail par tranche d'âge.

Cet état des lieux a permis d'élaborer la politique régionale d'agrément pour 2012 et à présenter la démographie des médecins du travail.

Tableau 11 Nombre de médecins du travail par tranche d'âge.

Départements	Moins de 40 ans	40 à 50 ans	51 à 60 ans	61 ans et plus
54	8	8	23	15
55	0	1	6	3
57	5	18	36	30
88	1	2	17	14
TOTAL	14	29	82	64

Ce bilan permettait ainsi de constater que 19 médecins du travail étaient en cumul emploi-retraite et que 64 médecins du travail étaient susceptibles de partir en retraite dans les 5 prochaines années.

III-4-2-4 Elaboration de la Politique Régionale d'agrément

"Une véritable politique régionale d'agrément doit être mise en place par la DIRECCTE et présentée chaque année au Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels siégeant en formation restreinte. Cette politique doit avoir pour objectif de veiller aux équilibres suivants :

- *garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires...*
- *assurer une offre en santé au travail lisible, accessible, de qualité et prenant en considération les particularités territoriales et les enjeux prioritaires de santé au travail qui en découlent..."* Circulaire du 9 novembre 2012.

La politique régionale d'agrément a prévu un certain nombre de points :

- les effectifs maximum à suivre par Médecin du Travail :
 - par Médecin du Travail ayant une assistante mais sans personnel infirmier : 3.300 salariés.
 - par Médecin du Travail avec assistante et infirmier : 4.300 salariés.
- dérogation possible à la périodicité à 36 mois sous réserve de personnel infirmier en nombre suffisant pour réaliser :
 - un entretien infirmier intermédiaire (18 mois).
 - des actions pluridisciplinaires annuelles.

Ces dérogations ne seront envisageables qu'après signature d'un CPOM par le SSTI.

A ce jour, seuls 2 SSTI ont obtenu cette dérogation.

III-4-2-5 Présentation de la Politique Régionale d'agrément au CRPRP

La DIRECCTE a présenté au CRPRP de juin 2012, le contenu de la politique d'agrément ainsi que le chapeau du CPOM. La politique d'agrément régionale doit être présentée chaque année au CRPRP dans une formation restreinte (Art. D. 4622-53).

III-4-2-6 Organisation d'une réunion d'information pour les Présidents et Directeurs des SSTI

Cette réunion a été organisée par la DIRECCTE en octobre 2012 et animée conjointement avec les CARSAT.

La CARSAT Nord-Est et le CNPA ont présenté le travail collectif réalisé avec le SSTI de Remiremont sur la prévention des risques CMR par les gants de protection dans les garages.

La DIRECCTE a présenté la politique régionale d'agrément, l'introduction des CPOM, l'articulation agrément – projet de service et CPOM.

III-4-2-7 Les CPOM

Dans un premier temps, la DIRECCTE a élaboré la forme des futurs CPOM puisqu'aucun modèle n'existait et que la circulaire n'était pas encore publiée.

L'orientation de la DIRECCTE était la suivante :

- le CPOM est un contrat moral tripartite et se doit d'être souple (il ne s'agit pas d'un contrat juridique ni financier),
- les actions retenues dans le CPOM doivent avoir leur place au cœur du CPOM et ne doivent pas être en annexes comme certaines régions l'envisageaient,
- les engagements des 3 signataires seront globales et se situeront à la fin du CPOM,
- les indicateurs devront être réalisables afin de laisser la place au qualitatif.

A partir de cette trame de CPOM, une réunion tripartite a été organisée avec chaque SSTI ayant achevé son projet de service : SSTI – CARSAT – DIRECCTE.

L'écriture du CPOM est réalisée par la DIRECCTE (Médecin Inspecteur du Travail). Un document "martyre" est adressé par le MIRT au SSTI et à la CARSAT par mail. Ce document est étudié par les partenaires, modifié avec validation progressive des uns et des autres.

Parallèlement, la DIRECCTE a sollicité l'avis de l'ARS sur le CPOM par courrier.

Le CPOM doit être présenté pour avis aux membres du CRPRP en commission restreinte. Comme nous étions dans une période d'apprentissage, la DIRECCTE a fait le choix de proposer au CRPRP et au SSTI une présentation de chaque projet de service en commission restreinte.

Les Directeurs accompagnés pour un des SSTI par un Médecin du Travail et pour le second par un IPRP ont présenté l'essentiel de leur projet de service en octobre 2012.

Les membres du CRPRP ont fait des remarques très pertinentes qui ont été prises en compte par les 2 SST.

Fin novembre 2012, les 2 CPOM ont été présentés par la DIRECCTE aux membres du CRPRP en commission restreinte. L'étude des CPOM a entraîné de nombreux échanges et des propositions. Celles-ci ont été transmises à chaque SST qui les a prises en compte.

Les CPOM ont ainsi été finalisés.

Les 2 CPOM ont été signés le 4 janvier 2013 avec une médiatisation dans la presse locale. Comme souhaité, ces signatures ont entraîné une forte mobilisation des autres SSTI lorrains.

Parallèlement, le Médecin Inspecteur du Travail a proposé de participer à leur CMT consacrée au projet de service.

De janvier à avril 2013, les CMT ont toutes invité le MIRT. Certaines CMT ont sollicité à plusieurs reprises la présence du MIRT.

III-4-2-8 Réunion de l'Inspection Médicale du Travail

Au cours de la réunion annuelle organisée par le Médecin Inspecteur du Travail, le 19 mars 2013, chaque SSTI ayant signé un CPOM ont présenté à tous les acteurs des autres SST une de leurs actions du CPOM.

Ainsi ont été présenté :

- l'action gants-garages par le SSTI de Remiremont et la CARSAT Nord-Est,
- l'action EHPAD par le SSTI AST LOR'N.

Ces présentations ont permis à plusieurs autres SST de s'inscrire dans la diffusion de ces actions de prévention.

En résumé la DIRECCTE et tout particulièrement le Médecin Inspecteur du Travail ont un rôle moteur et facilitateur dans la mobilisation des SSTI lorrains, dans l'avancée de leur projet de service, dans l'élaboration des CPOM et ensuite dans leur mise en œuvre.

III-5 Rôle des CARSAT

La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) est une des trois parties contractantes du CPOM comme le précise le texte de loi de la dernière réforme de la médecine du travail. Pour accompagner ce changement, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) a désigné un chef de projet « CPOM » et des « correspondants CPOM » sont nommés au niveau de chaque CARSAT dans l'objectif de poser les fondements d'un partenariat renouvelé avec les DIRECCTE et les Services de Santé au Travail Interentreprises à travers notamment des CPOM de qualité répondants aux besoins du territoire.

Le nombre des CPOM signés et l'analyse qualitative de leur contenu est retenu comme un indicateur de suivi [45].

III-5-1 Entretiens avec les correspondants CPOM des CARSAT

Dans le cadre de notre travail, nous avons mené un entretien ouvert avec les deux correspondants CPOM de la région lorraine, celui de la CARSAT Alsace-Moselle pour le département Moselle (57) et l'autre de la CARSAT Nord Est pour les départements : Meurthe et Moselle (54), Meuse (55) et Vosges (88).

L'objectif de cet entretien était de faire un état des lieux des actions antérieures de partenariat, d'avoir leur point de vue sur le CPOM de connaître leur contribution et leurs attentes dans le cadre de nouveau mode de partenariat.

Il ressort de ses entretiens les points suivants :

III-5-2 Conventions de partenariat avant les CPOM

Ces conventions fixaient les modalités des actions conjointes ou complémentaires conduites par les services de santé au travail et les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale dans le respect de leurs missions respectives. Leur objectif général était de mettre en synergie leurs compétences et moyens au service de la Santé et de la sécurité au travail des salariés pour la mise en place d'actions coordonnées dans le domaine

de la prévention des risques professionnels. En 2009, la systématisation des conventions de partenariat CARSAT-Services de Santé au Travail a été tentée sans succès, *elles sont restées longtemps une affaire de personnes et non effectives*. Cependant, il a été souligné que certaines conventions ont permis la mise en œuvre de quelques actions coordonnées sur la prévention du risque lié aux agents CMR et la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés sociaux du Régime Général, dont la reprise du poste de travail est compromise du fait de leurs problèmes de santé.

III-5-3 La mise en place des CPOM en lorraine

En Lorraine, des réunions régionales ont été organisées dans le cadre des échanges préparatoires pour la mise en place des CPOM entre la DIRECCTE et les CARSAT en avril 2012 et entre DIRECCTE-CARSAT-SSTI Lorrains en octobre 2012. Pour faire suite à ses réunions, il a été envisagé de faire des réunions tripartites *a minima* SSTI-DIRECCTE-CARSAT pour échanger et participer à la co-construction du CPOM voire au mieux travailler en amont lors de l'élaboration du projet de service pour établir une relation de partenariat, et définir des objectifs communs de façon concertée. Ses réunions n'ont pas eu lieu pour tous les services. Les correspondants CPOM soulignent que la démarche de négociation n'était pas la même pour tous les services de santé au travail, cela s'explique selon eux par la qualité de leurs contacts antérieurs et l'habitude de travailler ou pas ensemble. « *Il fallait s'adapter aux Services de Santé du Travail pour aboutir à une co-construction des CPOM* » déclare l'un d'entre eux.

Les CARSAT de la région ont défini comme première orientation d'avoir quelques actions inscrites dans les priorités des CARSAT en déclinaison de la COG AT-MP. Les actions se portent pour les thématiques suivantes : la prévention du risque CMR, la prévention du risque TMS, la prévention des RPS et la prévention de la désinsertion professionnelle.

III-5-4 Eléments facilitateurs pour la signature des deux premiers CPOM

Les actions communes menées dans le cadre d'un partenariat antérieur à la démarche de contractualisation ont permis un meilleur échange avec les services de santé au travail, par exemple l'action gants de protection dans les garages automobiles. Il est également souligné le rôle et la volonté dynamique de la DIRECCTE pour la mise en place de la réforme.

III-5-5 Difficultés rencontrées

Il est difficile de trouver des actions communes partagées à inscrire dans le CPOM en cas d'absence de participation de la CARSAT en amont ou au cours de l'élaboration des projets de service pluriannuels des SSTI. La mobilisation des équipes et faire en sorte que tout le monde travaille en ayant un objectif commun nécessitent une phase d'appropriation par les différents acteurs de l'enjeu de la contractualisation en matière de mutualisation des actions de prévention des risques professionnels.

Une autre source de difficultés réside dans l'absence d'un modèle ou d'un contrat type à suivre.

III-5-6 Engagements de la CARSAT dans le cadre des CPOM

La contribution de la CARSAT dans l'élaboration du diagnostic local des SSTI consiste en la mise à leur disposition de ses ressources d'information comme les données statistiques de sinistralité, les ressources documentaires du réseau des CARSAT, de l'INRS ...

La CARSAT propose aussi, si besoin, une assistance technique aux IPRP des SSTI dans le cadre des actions du CPOM, ainsi que des formations et des informations dans son domaine de compétences destinées aux médecins du travail et IPRP.

Des interventions du Laboratoire Interrégional de Chimie de l'Est (LICE) dans le domaine des risques chimiques et du Centre Interrégional de Mesures Physiques de l'Est dans le domaine des risques physiques (CIMPE) afin d'apporter leurs expertises d'évaluations et d'analyses sont également possibles dans le cadre des actions ciblées.

La participation au financement d'actions collectives prévues au CPOM, dans les limites des budgets disponibles, est aussi envisageable.

III-5-6 Avis général sur la démarche de contractualisation

Il ressort des deux entretiens que le CPOM présente un cadre fédérateur des professionnels de prévention pour mener des actions communes et coordonnées auprès des entreprises et de leurs salariés dans le champs de la santé et la sécurité au travail. Pour cela il faut arriver à inscrire des *actions plus centrées et plus ciblées*. « *Cette évolution a le mérite d'exister et le constat sera fait sur le terrain* » déclare un d'entre eux.

III-6 Bilan à un an des 2 CPOM : quels enseignements ?

III-6-1 Bilan du CPOM du SST de Remiremont

III-3-6-1-1 Eléments de contexte

Le bilan de ce CPOM de courte durée a d'autant plus de mérite d'être présenté que le projet de fusion de ce petit SSTI avec les 2 autres services des Vosges a été envisagé au cours de l'année prévue dans la mise en œuvre du CPOM.

L'ensemble du personnel s'est posé la question de l'intérêt de poursuivre la démarche engagée compte tenu de la disparition proche du SSTI. Une perte de motivation de l'équipe pluridisciplinaire était donc bien présente.

Le Médecin Inspecteur avait déjà été sollicité pour participer à une CMT en février 2013 pour aider à la réalisation d'outils de suivi des actions et des indicateurs prévus au CPOM. En juin une nouvelle sollicitation du MIRT était plus orientée vers la conduite à tenir pour le CPOM face à la fusion des 3 SSTI. Au cours de cette réunion de la CMT l'importance de poursuivre les actions engagées a été rappelée, une méthodologie d'action reprécisée, une méthodologie d'évaluation définie et un échéancier construit avec un bilan du CPOM achevé en décembre 2013.

Tous se sont à nouveau mobilisés, les échéances ont été tenues et un bilan très détaillé du CPOM, en 80 pages, a été présenté à la DIRECCTE et à la CARSAT le 31 janvier 2014.

III-6-1-2 Méthodologie

La méthodologie d'évaluation des actions du CPOM a été la suivante :

- la CMT s'est réunie plusieurs fois afin de coordonner les actions de tous les intervenants. Des groupes de travail thématiques ont permis d'élaborer des outils d'une part et d'échanger sur les pratiques professionnelles d'autre part. Des allers-retours ont été faits entre groupes de travail et CMT.
- l'analyse quantitative permettant de renseigner les indicateurs chiffrés du CPOM action par action s'est faite en 2 étapes. La première consistait pour chaque médecin du travail de renseigner les fiches de recueil des données des actions (fiches élaborées

en CMT pour chacune des actions), la seconde dans l'analyse et la synthèse de ces fiches réalisée par un IPRP le plus souvent puis présenté au groupe de travail thématique.

- l'analyse qualitative a été réalisée à partir des données d'entretiens individuels semi-directifs avec les médecins du travail réalisés par l'ergonome.

III-6-1-3 Résultats

Nous ne restituons pas ici l'ensemble des résultats mais nous nous sommes attachés à rendre compte de ce qui montre une avancée de la prévention grâce à ce travail collectif dans le cadre du CPOM.

- « *Action gants de protection dans les garages et carrosseries – prévention du risque chimique, CMR et mécanique* » :
 - Dans le cadre du suivi individuel 150 questionnaires ont été renseignés. Ils montrent que la majorité des salariés continue à porter les gants adaptés à chacune de leurs activités. Les salariés sont fiers de montrer que l'état de leurs mains s'est amélioré.
 - Une restitution du bilan de l'étude a été réalisée aux employeurs de ce secteur d'activité et à la branche en décembre 2013.
 - Une nouvelle visite dans l'entreprise avait été envisagée systématiquement au bout d'un an. Après 3 nouvelles visites d'entreprise l'équipe pluridisciplinaire a compris qu'elle était mal vécue par les employeurs d'où la conclusion « *accompagner sans peser* ».
 - 85% des entreprises de la branche professionnelle garages ont adhéré à la démarche.
 - 275 mécaniciens et 77 carrossiers-peintres et préparateurs ont été soustraits au risque CMR dans les 75 entreprises sensibilisées.
 - Quelques produits CMR ont été substitués.
 - Des formations ont débuté pour les apprentis dans les CFA (SSTI-CARSAT).

- « *Action de prévention sur les risques liés à l'activité de soudage* » :

L'action menée dans le cadre du CPOM était essentiellement de réaliser un état des lieux de l'activité de soudage dans les entreprises suivies et des préventions existantes afin ultérieurement de prioriser les conseils de prévention adaptés dans certaines entreprises qui en ont le plus besoin.

Au cours de l'année 2013, cet état des lieux a été réalisé dans 18 entreprises (dont 13 avec une activité soudage prépondérante).

2/3 d'entre elles avaient des installations de protection collective (58% bras aspirants, 8% torche aspirante, 8% hotte aspirante, 33% ventilation générale).

1/3 des entreprises avaient mis à disposition de leurs salariés des cagoules ventilées (mais pas toujours en nombre suffisant pour chaque salarié).

Les conclusions de cette étude sont les suivantes :

- Il reste un vrai travail de prévention à effectuer pour favoriser la prévention à la source ;
- Les solutions adaptées de captage à la source ne sont pas toujours faciles à trouver ;
- Le risque soudage n'est pas toujours pris en compte dans la conception d'un nouvel atelier soudage ;
- Des risques encore méconnus (électrodes en tungstène thorié...) ;
- Un manque de coordination entre la CARSAT et le SSTI.

- « *Prévention des TMS* » :

L'objectif de cette action était de réaliser un état des lieux dans les entreprises suivies afin de repérer les leviers ou les freins à la démarche de prévention sur ces risques.

Une analyse détaillée des TMS déclarées en 2012-2013 sur le secteur géographique suivi par le SSTI a été effectuée en comparaison avec les études régionales.

Les TMS sur cette période représentent 93% des MP déclarées. Les secteurs d'activité les plus touchés sont l'industrie manufacturière (48%), la construction (14%), le commerce (13%).

Les TMS déclarées sont essentiellement le tableau 57 A (pathologies des épaules) qui représentent 48% des déclarations. Les salariés de plus de 51 ans sont les plus concernés.

En 2013 dans le cadre de l'action du CPOM 14 entreprises ont été concernées par une intervention du SSTI sur cette problématique.

Des **freins** à la prévention des TMS ont été mis en évidence :

- Une minimisation des risques par l'employeur.
- Une approche des TMS restrictive portant que sur la seule dimension biomécanique.
- L'absence de relation de confiance entre l'entreprise et le SSTI.
- L'appréhension du salarié qui craint la perte d'emploi et ne signale pas ses symptômes ou ne souhaite pas que le médecin du travail intervienne.
- Une découverte tardive de la problématique par des déclarations de MP.

Mais aussi des **leviers** sont constatés :

- Une bonne connaissance par le médecin du travail de l'entreprise dans toutes ses dimensions (contexte socio-économique, personnel, organisation...), des métiers et des postes de travail ;
- Mener un état des lieux visant à cibler les problématiques de TMS le plus en amont possible ;
- Instaurer une démarche de prévention participative avec tous les acteurs internes et externes de l'entreprise et construire une relation de confiance avec l'entreprise ;
- Prendre en compte les 3 composantes professionnelles à l'origine de la survenue des TMS : biomécanique, organisationnelle et psychosociale ;
- Effectuer une analyse après l'intervention sur l'évolution de la situation dans l'entreprise.

- « *Préserver la santé mentale* » :

L'objectif était de recenser les actions de prévention en cours ou réalisées dans les entreprises suivies et d'en faire une analyse qualitative.

Sur l'ensemble des entreprises suivies, les médecins du travail en ont recensé 39 en cours de démarche de prévention des RPS.

Les médecins du SSTI ont écrit 15 courriers d'alerte conformément à l'article L 4624-3 du Code du Travail.

Des **freins** à la prévention des RPS ont été mis en évidence à partir de l'analyse de ces situations :

- Liés aux représentations associées au terme RPS,
- Liés à la méconnaissance par les acteurs de l'entreprise des causes et des origines des RPS,
- Dus au fait qu'il ne s'agit pas d'un sujet prioritaire dans un certain nombre d'entreprises,
- Liés aux difficultés d'évaluer les facteurs de RPS,
- Liés à la disparition de collectifs de travail,
- En lien avec le manque d'acteurs en santé (manque d'interlocuteurs pour le médecin du travail face à la problématique RPS d'où l'utilité de renforcer la coordination avec la CARSAT et l'Inspection du travail).

Les **leviers** repérés par les médecins du travail dans ces entreprises sont :

- La mise en place d'une approche à la fois quantitative et qualitative,
- Une démarche pluridisciplinaire indispensable,
- Une nécessité de s'interroger sur les représentations des entreprises sur les RPS

- « *Prévention de la désinsertion professionnelle* » :

Un bilan des actions de maintien dans l'emploi en partenariat avec d'autres acteurs comme le SAMETH a été réalisé montrant des taux de réussites importantes. Ainsi sur 84 interventions communes avec le SAMETH, 26 ont permis le maintien du salarié dans l'emploi soit pour 31% des situations.

Les facteurs favorisant repérés sont :

- La volonté des 3 parties, salarié, employeur, médecin du travail de travailler ensemble au maintien dans l'emploi du salarié.

- Le rôle de chacun des partenaires doit être clairement identifié avec une méthodologie d'intervention clairement définie.
- Un rapport de confiance doit être établi entre les différents partenaires.
- La réactivité des acteurs (médecin du travail, SAMETH...) et la précocité du signalement sont également déterminants.

La conclusion du SSTI de Remiremont sur le CPOM est la suivante :

« L'évaluation des pratiques professionnelles est un instrument de formation, d'apprentissage et de lieu de débat sur le réel de l'activité. Ce bilan du CPOM en a été la preuve ».

Ce bilan a permis :

- de définir les priorités du SSTI en fonction des compétences internes,
- de porter un regard rétrospectif sur l'activité de l'équipe pluridisciplinaire,
- de formaliser les actions réalisées en prévention dans les entreprises,
- de mettre en évidence à partir des indicateurs quantitatifs une forte implication du SSTI dans ses missions de prévention,
- de visualiser les partenariats existants,
- de prendre conscience des difficultés pour faire évoluer la prévention et pour transformer les freins en leviers,
- d'avoir réussi collectivement à tenir les objectifs du CPOM.

Cependant ce bilan permet aussi de constater les points suivants :

- Une concrétisation du CPOM qui a reposé essentiellement sur le SSTI. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire *« auraient souhaité une plus grande participation aux objectifs du CPOM de la CARSAT et de l'Inspection du Travail » « avec une nécessité de renforcer le travail en réseau au plan local et de mutualiser les outils et pratiques notamment pour les plus petites entreprises ».*
- La nécessité de temps pour l'appropriation des actions du CPOM et sa déclinaison concrète en milieu de travail.
- L'activité des membres de l'équipe pluridisciplinaire s'est plus concentrée sur les objectifs du CPOM au détriment des demandes individuelles exprimées par les

salariés ou les entreprises aux médecins du travail. Le SSTI exprime « *dans le futur il conviendra de rester vigilant à ce que l'équipe pluridisciplinaire puisse conserver une vision large et globale des risques et non une vision par objectif* ».

- Un travail de synthèse lourd réduisant la présence de l'équipe pluridisciplinaire sur le terrain.

III-6-2 Bilan du CPOM de l'AST LOR'N

III-6-2-1 Eléments de contexte

L'AST LOR'N est un SSTI de grande taille, il emploie 50 médecins du travail, 21 IPRP et AST, 50 secrétaires médicales et 7 infirmières. Son CPOM a été conclu avec la DIRECCTE et la CARSAT Alsace Moselle en janvier 2013 pour une durée deux ans environ dont l'échéance est prévue le 8 octobre 2014 date de fin d'agrément.

Les trois parties contractantes ont souhaité faire un bilan annuel « d'étape » des actions du CPOM. Un bilan final sera réalisé en septembre 2014.

III-6-2-2 Actions du CPOM

Le CPOM contient 9 actions. 16 indicateurs de suivi et 21 indicateurs de résultats ont été définis pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation de ces actions.

Nous ne développerons pas l'intégralité du contenu de ce CPOM dans ce chapitre mais nous présenterons le bilan actuel des actions et la méthodologie de travail mise en œuvre par le SSTI.

III-6-2-3 Méthodologie mise en œuvre pour établir le bilan d'étape

Pour le suivi des actions du CPOM, la CMT a défini la méthodologie suivante :

- Un appel au volontariat pour des « postes » de responsable d'une action de CPOM.

- Chaque responsable d'action est chargé de recueillir les indicateurs de suivi et de résultats prédéfinis auprès des médecins du travail et/ou des équipes pluridisciplinaires participantes.

Un bilan d'étape par action a été restitué à la CMT en janvier 2013. Le Médecin Inspecteur du Travail et le correspondant CPOM de la CARSAT ont été invités à cette réunion.

III-6-2-4 Les premiers résultats

Les premiers résultats ont été rapportés par les responsables de chaque action du CPOM et ont suscité des échanges avec tous les membres de la CMT pour atteindre les objectifs.

- *Action 1 : Prévention des risques TMS, RPS et de la pénibilité dans les EHPAD :*

Un recueil des indicateurs de résultats (nombre d'entreprises ayant bénéficié de la restitution des résultats d'une étude antérieure qui a été menée de 2008 à 2010 dans les EHPAD¹¹ et nombre de plans d'actions mis en place avec la participation du service de santé au travail) a été réalisé auprès des médecins du service ayant dans leur effectif d'entreprises des EHPAD. Ce recueil a été complété par la liste des EHPAD représentés lors d'une réunion de restitution collective réalisée en collaboration avec la CARSAT. A cette étape, le recensement a permis de comptabiliser 55 EHPAD suivis par le service. Les résultats ont été diffusés à 44 d'entre eux, soit 80%. Donc l'objectif est largement atteint, cependant, aucun plan d'action n'a été recensé dans ces établissements.

Des **freins** à la mise en œuvre de cette action ont été mis en évidence :

- Une difficulté de recueil des indicateurs de fonctionnement auprès des établissements
- Une appréhension de la perte de crédibilité engendrée par l'absence d'actions mises en place suite à l'étude.
- Un changement de contexte : départ de beaucoup de directeurs d'établissement et de médecins du travail ayant participé à cette étude.

¹¹ Disponible sur <http://www.astlorn.org/wp-content/uploads/2011/12/PLAQUETTE-EHPAD-AST-LOR-N.pdf>

Les **leviers d'actions** ont été discuté notamment la collaboration de la Direccte et de la CARSAT pour intervenir auprès des EHPAD et l'association de l'ARS pour une action commune.

- *Action 2 : phytosanitaires dans les collectivités territoriales :*

Cette action fait suite à une étude menée par le service en 2009/2011 pour répertorier les produits phytosanitaires utilisés dans les collectivités. 335 produits ont été recensés dans un échantillon de 38 collectivités. Les supports de présentation ont été réalisés sous forme de 3 plaquettes, accessibles sur le site internet du service, la restitution individuelle auprès des collectivités concernées par l'étude a été faite pour 11% d'entre elles et 48% ont reçu les plaquettes d'information. La restitution collective a été organisée avec le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale où 26 communes du secteur de Metz étaient représentées.

Sur 589 collectivités adhérentes recensées, 5,1% ont été informées et 21,1% ont reçu les plaquettes. A cette étape du CPOM, l'objectif de la diffusion des résultats de l'étude à 20% des collectivités n'est pas atteint, en revanche il est atteint en ce qui concerne la diffusion des plaquettes¹². Par ailleurs, l'évaluation du nombre de produits éliminés ou substitués est prévue en 2014. Les collectivités concernées par l'étude vont être contactées par l'équipe pluridisciplinaire et un questionnaire guide va être renseigné pour déterminer ce nombre, ainsi que des éléments sur la perception de l'étude, les EPI, la gestion des déchets, la sensibilisation au risque des agents.

Suite à ce constat la CARSAT va essayer de mobiliser le Centre de Gestion et l'association des Maires de Moselle pour atteindre les collectivités.

¹² Disponible sur http://www.astlorn.org/wp-content/uploads/2012/01/plaquette_phyto2_internet.pdf.

- Action 3 : Prévention des accidents du travail et prévention des addictions /Postes de sécurité et troubles de la vigilance et du comportement.

La diffusion des travaux de ce groupe va continuer, sous forme de petits déjeuners auxquels seront conviés les présidents et secrétaires des CHSCT. Deux médecins du travail seront présents à chacune de ces manifestations.

Les invitations ainsi que les courriers d'accompagnement ont été finalisés, les présentations sont prévues au mois de mars sur les secteurs de Sarrebourg et Sarreguemines.

Pour le secteur de Metz au moins 329 personnes à inviter ont été recensées,
Les médecins du travail des entreprises invitées seront informés.

- Action 4 : Equipes pluridisciplinaires de proximité :

Les moyens humains du service ont augmenté, en effet actuellement 11 médecins travaillent avec les 5 infirmières formées, 2 infirmières supplémentaires ont été recrutées qui vont travailler avec 4 médecins.

Le service compte dans son effectif 10 techniciens de prévention dont 5 par recrutement externe. Tous les centres médicaux sont dotés d'un technicien. 6 secrétaires ont suivi une formation ASST et 3 autres secrétaires sont en cours de formation.

Cette évolution a permis d'atteindre l'objectif de 500 entreprises de moins de 20 salariés visitées par les EP : ainsi 660 entreprises ont été comptabilisées et ventilées par code NAF. En 2013, 314 fiches d'entreprises (nouvelles ou mises à jour) ont été réalisées.

Le Médecin Inspecteur du Travail a souligné que le travail d'une IDEST avec 2 MDT permet une organisation optimale, et a suggéré de faire un rapport sur les difficultés et les freins au fonctionnement des équipes de proximité qui sera présenté dans le bilan final du CPOM.

- *Action 5 : Veille en Santé-Travail*

1 - Les participations aux différentes enquêtes épidémiologiques nationales et régionales ont été recensées

- ⇒ Pour l'observatoire EVREST : 770 fiches ont été renseignés par 19 médecins du service ce qui représente 1/3 des fiches pour la région lorraine.
- ⇒ Quinzaines MCP : une faible participation au niveau du service en 2013 : seulement 6 médecins pour la première « Quinzaines » et 5 médecins pour la seconde. Donc l'objectif de participation de 50% des médecins du service à au moins une quinzaine par an n'est pas atteint en 2013. Il a été souligné que l'explication de ce résultat est probablement en lien avec la réputation chronophage de l'enquête.

Un des leviers d'action pour améliorer la participation des médecins est la possibilité de communiquer les résultats de l'enquête MCP par service, par code NAF, par métier et par pathologie. Ce qui a été fait par le Médecin inspecteur du Travail à l'issue de cette CMT.

2 - Les indicateurs propres au service :

Comme cité précédemment leur saisie permet l'exploitation des fréquences de dangers et de pathologies par médecin, par secteur, par code NAF. Le croisement des données entre la fréquence des salariés atteints et la fréquence d'exposition permet d'identifier des entreprises ou des branches sur lesquelles le service va agir prioritairement. Un des objectifs du CPOM était d'identifier des branches « à risques ». Les branches professionnelles : la boucherie traditionnelle, la restauration collective à but non lucratif et le travail des métaux ont été mis en évidence grâce à l'exploitation des indicateurs internes. Un travail pour définir des actions collectives sur les entreprises adhérentes concernées a débuté.

Le Médecin Inspecteur du Travail a souligné la qualité du travail réalisé et l'intérêt des indicateurs mis en place au niveau du service pour prioriser les actions de prévention.

Par ailleurs, l'ARS a manifesté son intérêt pour les indicateurs des services de santé au travail et la CARSAT souhaite la collaboration du SST pour mieux cibler les actions, sachant que les objectifs nationaux de la CARSAT au niveau des petites entreprises concernent les CMR, les pressings et les centres de contrôle automobile.

- *Action 6 : Prévention de la désinsertion professionnelle.*

La participation d'un médecin du travail à la cellule locale de PDP est effective, le service participe à l'enquête épidémiologique de l'IMTL et travaille en partenariat avec les assistantes sociales du Service Social interentreprises dans le cadre des actions de maintien dans l'emploi. Pour définir les indicateurs de cette action, il est important de saisir dans le logiciel STETHO les liens que ce soit dans le dossier médical ou dans l'AMT. Des rubriques ont été ajoutées dans le dossier médical : maintien dans l'emploi (aménagement de poste, changement de poste, intervention SAMETH, AGEFIPH, FIPH, OETH, reclassement suite inaptitude) et handicap.

- *Action 7 : Prévention ciblée risque chimique pour les entreprises déjà engagées dans des actions de prévention.*

Un groupe de travail « Chaudronniers » de 3 MDT et 3 techniciens a été constitué dans le cadre de la mise en œuvre de cette action.

Le recensement des entreprises a été réalisé en interrogeant les médecins du service car il n'existe pas de code NAF correspondant.

Le groupe du travail a suivi une formation à l'institut de Soudure et s'est rapproché de la CARSAT pour s'informer sur les moyens de prévention notamment la ventilation.

L'objectif poursuivi est de visiter toutes les entreprises de moins de 20 salariés du secteur adhérentes au service en 6 ans et la réduction de 25% des salariés exposés au risque.

La création d'un support d'aide à l'évaluation des risques est en cours. Le déploiement de l'outil, la collecte, l'analyse et la synthèse des données seront réalisés par l'ensemble des professionnels concernés.

La CARSAT informe le service qu'en Moselle 112 entreprises sont concernées et qu'il n'existe pas d'aides financières pour la prévention au niveau des fumées de soudage. Pour cette action la CARSAT propose d'associer l'Inspection du Travail.

- *Action 8 : Prévention ciblée TMS, RPS et Risque chimique pour les entreprises déjà engagées dans des actions de prévention.*

140 actions ciblées ont été comptabilisées, leur répartition selon le thème est la suivante :

- Prévention des TMS : 39 actions.
- Prévention des RPS : 17 actions.
- Prévention du risque chimique : 84 actions.

Selon la taille de l'entreprise : 123 interventions, soit 92,5% ont intéressé des entreprises de moins de 50 salariés et 10 interventions soit 7,5% des entreprises de plus de 50 salariés.

En conclusion : Ce bilan d'étape fait état de la mise en œuvre des actions du CPOM, il représente un retour d'expérience. L'avancement de la mise en œuvre des actions est variable, certaines actions ont déjà atteint leur objectif voire l'ont dépassé comme pour l'action EHPAD alors que d'autres actions sont en phase de début comme l'action Prévention ciblée risque chimique pour les entreprises déjà engagées dans des actions de prévention.

Ce bilan d'étape a suscité des échanges constructifs avec le Médecin Inspecteur du Travail et le Correspondant CPOM de la CARSAT et des pistes de collaboration ont été ainsi discutées. Le Médecin Inspecteur du Travail a préconisé de faire un rapport détaillé qui reprend le CPOM action par action en précisant bien les objectifs et les indicateurs, et de bien mettre évidence les freins et leviers des actions, les axes de progrès envisagés, les éléments de réflexion sur la pertinence des thèmes.

Lors de notre entretien avec le directeur du service suite à ce bilan d'étape, il est souligné que le nombre d'actions est important et qu'il ne permet pas de concentrer le travail des équipes pluridisciplinaires pour des actions bien ciblées. Par ailleurs, le directeur du service nous indique que ce premier CPOM a permis aux équipes pluridisciplinaires de s'approprier la démarche.

VI. Quatrième partie :

DISCUSSION

IV-1 A propos du choix de sujet de thèse

La dernière réforme de la médecine du travail transforme en profondeur le fonctionnement et l'organisation des SSTI, ce qui nécessite de s'intéresser à sa mise en place concrète dans les services. Pour illustrer ces propos, nous citons la déclaration de Monsieur Dominique MARTIN, l'ancien directeur des risques professionnels de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) lors de son audition du 26 octobre 2011 dans le cadre des travaux la commission du Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 branche Accidents du travail et maladies professionnelles *« On le dit souvent, les médecins du travail sont plus habitués aux visites individuelles qu'aux approches collectives de santé publique. Une petite révolution culturelle est nécessaire, mais cela vaut aussi pour nous »*.

Pour répondre aux fondamentaux de cette réforme, les SSTI doivent établir une stratégie permettant de répondre aux besoins des entreprises et des salariés, en accord avec les orientations nationales et régionales. Une place primordiale est accordée à la définition objective des besoins des différentes parties prenantes salariés et employeurs en termes de prévention en santé au travail, de maîtrise de risques professionnels, et sens plus large de santé publique.

La contractualisation pour un travail commun interinstitutionnel sur des priorités définies ensemble par les SSTI, CARSAT et DIRECCTE au bénéfice de la santé des salariés est une nouveauté introduite par cette réforme. La région Lorraine a été précurseur dans la signature des CPOM.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le choix de traiter ce sujet dans le cadre d'une thèse nous semble pertinent.

Par ailleurs, un bilan intermédiaire de la réforme 2011-2012 a été réalisé par le CISME et publié en janvier 2014 il permet de comparer nos résultats à ceux du national. Un autre bilan sur la mise en œuvre de la réforme a été réalisé par le ministre du travail au début de l'année 2014 et a été présenté au COCT cependant il n'est pas encore été rendu public.

Enfin les résultats de notre travail pourront servir de base pour une éventuelle analyse comparative dans le futur.

IV-2 A propos des objectifs poursuivis

- **« évaluer l'impact de la réforme en matière de prévention » et « évaluer les actions menées.... »**

Cet objectif était difficile à tenir compte tenu du peu de recul entre la mise en place de la réforme (1 juillet 2012) et notre travail de thèse qui a débuté début 2013.

Cependant le fait qu'en Lorraine DIRECCTE et CARSAT aient décidé de réaliser des CPOM de courte durée allant jusqu'à la date du renouvellement d'agrément et permettant d'apprendre, d'en retirer les enseignements afin d'améliorer la démarche nous a permis à travers l'étude du bilan final et intermédiaire des 2 premiers CPOM de constater déjà des avancées en matière de prévention.

- **« décrire le processus de mise en place dans les 11 SSTI des projets pluriannuels de service puis des CPOM »**

A partir de la méthodologie choisie cet objectif a été pleinement rempli.

- **« décrire le contenu des projets pluriannuels de service »**

Le contenu de tous les projets de service a été synthétisé dans la partie 3-2-6-2 de la thèse. Nous constatons une convergence des thématiques retenues qui se sont bien structurées autour des actions du PRST 2 [46]. Le travail fait en amont par la DIRECCTE et les CARSAT y a contribué ainsi que l'accompagnement du Médecin Inspecteur du Travail tout au long de la démarche.

De façon générale la DIRECCTE a contribué à encourager les SSTI à réaliser des projets de service ambitieux et de qualité alors que certains auraient eu tendance à aller vers une déclinaison minimum.

L'organisation à mettre en œuvre par les SSTI et les moyens (recrutement, formation, locaux) ont également été détaillés. Sans ce volet qui nécessite des investissements financiers pour chaque SST, la concrétisation des actions aurait été illusoire et l'avancée de la prévention totalement utopique.

- « **valoriser les actions déjà réalisées par les SSTI** »

Cette partie développée au chapitre 3-2-3 nous a permis de mettre en visibilité un certain nombre d'actions menées par les SSTI antérieurement à la réforme sans que celles-ci ne soient connues au-delà du service concerné lui-même.

Nous avons pu constater que nombre d'actions étaient réalisées par la plupart des SST (ex actions dans les garages) sans aucune mutualisation ce qui entraînait une perte de temps considérable chacun refaisant ce que l'autre avait déjà réalisé sur le territoire d'à côté.

La présentation de 2 actions par les SST ayant signé des CPOM va permettre de mutualiser les savoir-faire et les connaissances et d'éviter les redondances.

IV-3 A propos de la méthodologie

La méthodologie choisie n'est pas habituelle dans les thèses en médecine mais, compte tenu du sujet, elle permettait de recueillir les points de vue de tous les acteurs de la réforme : au sein des SSTI les directeurs qui ont un rôle désormais défini réglementairement et tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire et également ceux des représentants de la DIRECCTE et des CARSAT. La méthodologie basée sur des entretiens apparaît comme un mode de recueil pertinent qui permet à chacun de s'exprimer dans ce changement profond du travail.

C'est donc sur la méthode qualitative développée par la sociologie [42] que nous nous sommes appuyés.

Ces entretiens ont été complétés par un auto-questionnaire destiné au personnel des SSTI afin d'avoir des éléments quantitatifs.

Les directeurs ont tous accepté de nous recevoir ce qui nous a permis d'être exhaustifs dans ce recueil de données.

La principale limite de nos entretiens a consisté dans la sélectivité des données transcrites et la nécessité de recourir à notre mémoire sans autre support pour compléter les données (absence d'enregistrement audio).

En ce qui concerne les auto-questionnaires, nous avons rencontré des difficultés pour leur diffusion. Ils ont été communiqués par 2 voies, la première en direct vers tous les médecins du travail via leur adresse mail professionnelle nominative et la seconde via les directeurs de

SSTI pour tous les autres pluridisciplinaires. Ce second mode de diffusion n'a pas été toujours suivi d'effet par oubli ou par volonté de non-diffusion pour l'un des directeurs. Il a fallu plusieurs relances pour arriver à ce que cet auto-questionnaire arrive à ses destinataires d'où une moindre participation en particulier des secrétaires-ASST et ce malgré la lettre explicative rappelant notre engagement de garantir la confidentialité et l'anonymat. Le taux de participation du personnel des SSTI à notre enquête est de 42%, notre échantillon n'est pas exhaustif mais il apparaît représentatif de tous les métiers composant les équipes pluridisciplinaires.

IV-4 A propos des hypothèses envisagées

- « *les projets pluriannuels de service apporteraient un véritable impact en matière de prévention en santé au travail pour les actions retenues* » :

Les bilans des 2 premiers CPOM apparaissent très encourageants dans ce sens, des résultats sont déjà repérables par exemple la suppression de certains produits CMR dans les garages suivis par le SSTI de Remiremont, une meilleure connaissance par les employeurs et les salariés et aussi les apprentis des risques chimiques auxquels ils sont exposés, un port de gants effectif, adaptés aux activités et aux produits chimiques dont certains CMR avec des résultats constatés par les médecins du travail d'amélioration de l'état cutané des mains. Pour l'ASTLOR'N on peut citer l'analyse très complète et nouvelle dans son approche faite sur les EHPAD et la diffusion de ces résultats à 80 % des établissements suivis même si des plans d'actions préventives n'ont pas encore été mis œuvre, ce travail portera ses fruits.

- « *cependant ce type de démarche pourrait laisser de côté certains secteurs, certains métiers, certains salariés ou certains risques* » :

L'analyse du tableau 6 « *action contenues dans les projets de service lorrains* » met bien en évidence les priorités d'action des SSTI et donc la faible présence dans les projets de service de prévention vis-à-vis de certains publics fragiles (intérimaires, apprentis, seniors), ou de certains risques (risques accidentels...). Cependant les projets de service ne sont pas figés et

doivent pouvoir évoluer à partir des besoins constatés tant dans le suivi individuel des salariés que dans l'action en milieu de travail.

- « *des freins existent : les difficultés majeures pourraient être liés au passage d'un travail majoritairement individuel à un travail collectif essentiellement pour les médecins du travail et les IPRP* » :

Au vu des réponses tant aux entretiens qu'aux auto-questionnaires cette hypothèse n'est pas validée. En effet la pluridisciplinarité s'est mise en place dans tous les SSTI depuis 2003 et elle existait même antérieurement pour certains d'entre eux. Si ce frein a réellement existé dans le passé, depuis 10 ans d'expérience de travail pluridisciplinaire chaque métier a évolué vers le « *travailler ensemble* ». L'arrivée des infirmiers n'a pas été sans quelques difficultés mais lorsque l'organisation mise en place a été progressive afin de construire l'activité de ce nouveau métier et basée sur le volontariat des médecins du travail cette évolution a été majoritairement favorable.

L'analyse des échanges au sein de la plupart des CMT montre que le fonctionnement pluridisciplinaire est effectif dans les SSTI même s'il reste des médecins du travail qui fonctionnent encore de manière individuelle et des IPRP qui restent des « électrons libres ».

IV-5 Discussion sur les résultats

Evolution du nombre de SSTI et « taille critique » :

La diminution constatée du nombre de SST en Lorraine s'inscrit dans un contexte national, un mouvement de fusion et de regroupement des services interentreprises qui se poursuit. En 2012 on compte 848 SST (dont 580 SSTA et 268 SSTI) alors qu'ils étaient 1 128 en 2002 (765 SSTA et 363 SSTI) [47]. Cependant la notion de « taille critique » telle que notée dans la circulaire du 9 novembre 2012 n'est pas simple à définir. En effet nous avons présenté le bilan du CPOM d'un tout petit service caractérisé par son dynamisme et qui a compensé l'impossibilité d'avoir en interne toutes les compétences pluridisciplinaires par le développement de partenariats externes. Par ailleurs, des SSTI de taille très importante comme dans certaines autres régions ont certes plus de moyens et de compétences internes mais peuvent éloigner les directions des acteurs de terrain et rendre plus difficile la cohésion des équipes pluridisciplinaires.

En Lorraine la DIRECCTE a fait le choix de compétences géographiques de SSTI ne dépassant pas le département afin de limiter la taille des SSTI.

Ainsi les deux SSTI les plus importants suivent entre 129 700 et 137 400 salariés et sont composés de près de 145 personnes (90% du personnel sont les équipes pluridisciplinaires). Le SSTI le moins important est départemental (hors BTP). Il suit 28 000 salariés et comprend 26 personnes.

Composition des équipes pluridisciplinaires en Lorraine et représentativité des répondants à l'auto-questionnaire :

Sur l'ensemble des SSTI de Lorraine les équipes pluridisciplinaires sont composées de 42,2 % de médecins du travail, de 37,3 % de secrétaires-ASST, de 13,9 % d'IPRP et ASST technique et de 6,6 % d'infirmiers.

Le bilan conditions de travail 2012 analysant la composition des équipes pluridisciplinaires des SSTI en 2011 au plan national fait état de 49 % de médecins du travail, 38 % de secrétaires-ASST, 8 % d'IPRP et 5 % d'infirmiers [47].

Nous pouvons donc constater en Lorraine une proportion un peu moins importante de médecins du travail qu'au plan national ce malgré une politique d'agrément de la DIRECCTE qui a toujours incité fortement les SST à une politique de recrutement active en médecins du travail avec un suivi sur l'effectivité de ces recrutements. Cependant les données nationales datent de 2011 et la décroissance du nombre de médecin évolue très rapidement.

La proportion d'IPRP est quant à elle supérieure au national probablement parce que nous y avons inclus les ASST techniques.

Les 187 répondants à l'auto-questionnaire ont été pour 52 % des médecins du travail, pour 19 % de secrétaires-ASST, pour 25 % d'IPRP-ASST technique, pour 4% d'infirmiers.

Nous constatons donc une plus grande proportion de médecins du travail dans les répondants ce qui témoigne de leur volonté de faire entendre leur point de vue sur la réforme et sa mise en place ainsi que de leur mobilisation dans les changements en cours. La proportion des IPRP et ASST techniques est également élevée. Par contre le nombre de secrétaires-ASST a été faible eu égard à leur nombre dans l'ensemble des SSTI lorrains. Cela peut être expliqué par une faible diffusion dans certains SSTI des questionnaires mais aussi par une intégration très tardive des secrétaires-ASST dans les CMT donc à une place au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui n'est pas encore très précise ni très claire.

Des conditions de travail et de formation vécues comme favorables :

Dans une période de réforme fondamentale de l'organisation et du fonctionnement des SSTI ainsi que de l'activité de travail de chacun, nous nous attendions à avoir des réponses critiques sur leurs conditions de travail par les membres des équipes pluridisciplinaires. Or 87,3 % des médecins du travail répondants et 95,4 % des autres professionnels se déclarent satisfaits de leurs conditions de travail.

Les réponses concernant la formation sont également majoritairement positives pour 83,3 % des médecins du travail et 67,8 % des autres pluridisciplinaires.

D'ailleurs l'ancienneté moyenne au poste dans le SSTI est élevée avec 18 ans pour les médecins du travail et de 15 ans pour les autres métiers.

Une perception variable de la réforme :

Notre enquête retrouve que la perception de la réforme est différente selon les intervenants des SSTI. Les directeurs des SSTI de Lorraine ont tous un avis positif sur le projet de service. Pour eux il impulse une dynamique positive de prévention alors qu'ils sont près de 85 % des représentants des SSTI à avoir répondu dans le même sens à l'enquête réalisée par le CISME (Centre Interservices Santé et Médecine Travail en Entreprise) publiée en janvier 2014 sur un bilan de la mise en place de la réforme des Services de Santé au Travail Interentreprises. Les éléments délivrés dans ce bilan se basent sur une enquête commanditée par le Ministre du travail, qui a pu réunir les réponses de 140 SSTI sur les 230 adhérents que compte le CISME [48].

Le personnel des SSTI lorrains de notre échantillon a un avis partagé mais majoritairement favorable, avec plus de la moitié des médecins du travail (55,4%) qui ont une perception positive. Ce chiffre est nettement supérieur au pourcentage retrouvé dans une enquête sur un échantillon de 30 médecins du travail qui avait identifié trois profils de médecins du travail selon leur perception de la mission en matière de prévention primaire, de la pluridisciplinarité et de la réforme : médecins « *biomédicaux* », médecins « *militants* » et médecins « *progressistes* ». Seuls ces derniers ont, dans cette enquête, une perception positive de la réforme, ils représentent 1/10ème de l'échantillon de l'étude et estiment fondamentale l'action sur le milieu de travail. Conscients des limites de l'action individuelle, ils aspirent à trouver du soutien dans la collaboration avec des intervenants ayant des compétences complémentaires. La pluridisciplinarité représente pour eux la seule voie possible pour espérer agir efficacement sur les sources des situations pathogènes. Ils sont engagés dans le processus de basculement des activités voulu par la réforme, trouvant pertinente la délégation des entretiens médico-professionnels aux infirmiers. Cette étude observe une certaine réticence des médecins du travail à collaborer avec d'autres professions qui s'explique en partie par le poids d'une culture professionnelle très axée sur la spécificité biomédicale. Il est vrai aussi que le changement opéré par la réforme appelle à l'action préventive collective, sans pour autant libérer les médecins du travail du suivi clinique des salariés [49].

A partir de cette étude et de la terminologie utilisée nous pourrions dire que plus de la moitié des médecins de notre échantillon seraient des médecins dits « *progressistes* ».

Par ailleurs plus de 80 % des autres métiers ont une perception positive de la réforme dont l'un des enjeux est de renforcer la pluridisciplinarité.

L'élaboration du projet de service pluriannuel : un exercice difficile

L'élaboration d'un projet de service est une nouveauté pour tous les services. Tous les directeurs des SSTI Lorrains nous ont fait part de leurs difficultés pour répondre à cette obligation expliquée par l'absence de repères ou de guides. Les textes précisent que c'est au sein de la CMT que doit se faire l'élaboration du projet de service mais sans précision sur les modalités ni la méthodologie à suivre pour sa construction [50].

En Lorraine, tous les SSTI ont été accompagnés par le MIRT qui a apporté à ceux qui étaient demandeurs une aide méthodologique.

Notre enquête retrouve des méthodologies différentes d'un service à un autre, cependant, la création de groupes de travail est un élément commun à tous les services ce qui a permis de mobiliser le maximum de personnel dans l'élaboration du projet de service.

En général c'est le directeur qui a défini la méthodologie et l'a proposée à la CMT qui l'a validée. L'implication et le dynamisme du directeur est un élément clé pour mobiliser le personnel de son service et en particulier les membres de la CMT.

Dans notre échantillon plus d'un tiers (37,6%) du personnel déclarent participer à l'élaboration du projet de leur service. Cette participation ne se limite pas aux seuls membres de la CMT, les autres salariés peuvent y participer dans le cadre d'un groupe de travail.

Selon les métiers nous observons que les médecins sont plus nombreux à y participer par rapport aux autres métiers (53,7% versus 19,8%), plus de 4/5^{ème} des médecins du travail et plus de 2/5^{ème} du reste du personnel de notre échantillon participent à au moins un groupe de travail.

Les propositions du personnel sont prises en compte par la direction et la CMT.

Nous ne pouvons pas extraire à partir des réponses à notre auto-questionnaire des données par service pour les croiser avec les données de l'entretien avec leur directeur correspondant. En effet notre questionnaire était anonyme et la réponse à la question « *dans quel SSTI travaillez-vous* » était facultative pour préserver la confidentialité.

Une méthodologie qui paraît la plus adaptée :

L'analyse des différentes méthodologies mises en œuvre par les SSTI de Lorraine, nous permet de suggérer la méthodologie suivante :

- Le choix par la CMT des thèmes prioritaires à partir de l'étude du PRST et de la réalisation du diagnostic local. Selon la taille du service un comité de pilotage composé de membres de la CMT peut être constitué pour faire un pré-choix,
- L'information du reste du personnel sur les thèmes choisis pour favoriser les échanges avant validation des thèmes,
- Des échanges avec la DIRECCTE et la CARSAT en amont de l'élaboration du projet de service pour la définition des éventuelles actions communes en vue de la préparation du CPOM,
- La validation des thèmes choisis,
- La création par la CMT d'un groupe de travail pour chaque thématique.
- L'information sur l'avancée du projet par la diffusion des comptes-rendus des réunions de CMT à tous le personnel et des réunions générales d'information.
- La participation du reste du personnel à un groupe de travail sur la base du volontariat,
- Le suivi de la mise en œuvre des actions du projet de service, de leur avancée, du recueil des indicateurs par ces mêmes groupes de travail.

La mise en œuvre des actions du projet de service du point de vue des directeurs mais aussi du point de vue des équipes pluridisciplinaires nécessite de dégager du temps pour le personnel, de recruter de nouveaux métiers et de former du personnel avec acquisition de compétences nouvelles pour renforcer la pluridisciplinarité et d'améliorer les moyens organisationnels et techniques.

Dans le cadre des demandes de renouvellement d'agrément de chaque SSTI, la DIRECCTE veille particulièrement aux moyens humains et matériels nécessaires à l'exercice des missions du SSTI. Il est d'ailleurs très fréquent que certains recrutements se fassent juste avant cette demande de renouvellement par exemple d'infirmiers ou d'IPRP compte tenu de leur nombre insuffisant.

Equipe pluridisciplinaire : quelle organisation ?

L'organisation des équipes pluridisciplinaires est prise en compte dans plusieurs projets de service-

Les SSTI lorrains ont d'une part des compétences pluridisciplinaires très variables et d'autre part des modes d'organisation très différents.

Nous allons essayer de préciser ces différents modes de fonctionnement en mettant en évidence leurs avantages et leurs inconvénients.

- Les compétences pluridisciplinaires existantes :

Tous les SSTI ont l'ensemble des compétences définies par l'article L 4622-8 du code du travail : *« les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. »*.

Cependant pour les autres pluridisciplinaires, leur nombre, leur domaine de compétence, leur niveau de formation est très différent selon les SSTI. Ainsi un SSTI n'a actuellement qu'un seul infirmier car la priorité a été donnée au recrutement de médecins du travail.

Si tous les SSTI ont au moins un ergonomiste, tous n'ont pas d'ingénieur chimiste ou de toxicologue ni de psychologue du travail. Dans plusieurs services, les IPRP sont d'anciennes secrétaires qui ont été formées dans un premier temps en AST puis qui ont suivi une licence professionnelle. Elles connaissent bien le mode de fonctionnement des SSTI et des médecins du travail ce qui est facilitant dans le travail commun.

Les niveaux de diplômes des IPRP vont de la licence au master et même au doctorat. Cela peut entraîner des conséquences en termes de rapports humains.

Les ASST technique appelés auparavant AST ont également eu des formations de niveau et de durée différents.

Les infirmiers ont tous eu une formation sur une année avec un niveau de licence en santé-travail. Ces formations ont été suivies soit à la Faculté de Lille ou de Strasbourg soit au CNAM de Metz.

- Le rôle de chaque métier :

Si le rôle des médecins du travail est clairement défini au plan réglementaire celui des autres pluridisciplinaires n'est pas aussi précis même si la circulaire du 9 novembre 2012 a donné quelques repères.

Les IPRP ont le plus souvent une compétence technique spécifique comme l'ergonomie ou la toxicologie délimitant bien leur champ d'action eu égard à leur discipline. Cependant le législateur a introduit une certaine confusion dans leur rôle dans l'article L 4644-1 sur l'aide à l'employeur pour la gestion de la santé qui prévoit que l'employeur peut faire appel aux IPRP des SSTI. Ainsi l'IPRP pourrait être soumis à des demandes contradictoires venant du médecin du travail d'une part qui anime et coordonne la pluridisciplinarité et d'autre part des employeurs des entreprises suivies en direct. La majorité des SSTI Lorrains afin d'éviter ces risques ont décidé que toute demande d'une entreprise devait être adressée au médecin du travail qui déciderait des suites à donner.

Les ASST techniques ont des champs d'action différents selon les SSTI. Certains ne font que de la métrologie (bruit, éclairage, vibrations), d'autres uniquement de l'analyse des fiches de données de sécurité pour le risque chimique, d'autres réalisent des fiches d'entreprise ou des études de poste. Dans certains SSTI elles réalisent l'ensemble de ces tâches et en plus le secrétariat de médecins ce qui pose la question de la disponibilité pour chaque tâche et du maintien de la compétence sur chacune d'elle.

Certaines secrétaires-ASST ont suivi une formation leur permettant d'aller dans les entreprises à la fois pour présenter les missions du SSTI à l'employeur et aussi pour repérer les dangers et apporter au médecin du travail certaines informations qui lui seront utiles dans la connaissance de l'entreprise mais aussi dans la réalisation de la fiche d'entreprise.

Le rôle des infirmiers reste encore flou. Les entretiens infirmiers dérogatoires ou non dérogatoires relèvent de protocoles très différents d'un SSTI à l'autre. Certains sont très structurés sur les risques du métier exercé par le salarié avec des questionnaires préétablis, d'autres sont beaucoup moins précis. Actuellement seuls 2 SSTI ont obtenu une dérogation à la périodicité des examens avec entretiens infirmiers intermédiaires.

Les infirmiers participent également à l'action en milieu de travail avec réalisation de fiches d'entreprises pour certains SSTI, d'informations collectives en santé publique de façon assez générale, études de poste de travail...

Globalement se pose la question de la détermination du rôle de chacun et de la connaissance des limites de son rôle ce qui est encore une vraie problématique.

Qui réalise la fiche d'entreprise : le médecin du travail, l'ASST technique, l'IPRP, l'infirmière ? Le médecin du travail valide-t-il systématiquement ces fiches d'entreprise ?

Qui effectue l'étude de poste de ce salarié : le médecin du travail, l'ergonome, l'ASST technique, l'infirmière ? Dans quel type de situation ?

Quel est le rôle spécifique de l'ASST technique ou de l'ingénieur chimiste en ce qui concerne l'analyse du risque chimique ? Certains expliquent que l'ASST technique ne fait pas de préconisations qui relèvent de l'ingénieur. Mais est-ce aussi tranché ?

Certains SSTI ont essayé d'anticiper une partie de ces questions en réfléchissant à partir de la liste des actions en milieu de travail définies réglementairement par l'article R 4624-1 celles qui pouvaient être réalisées par chacun des métiers. Cependant de nombreuses interrogations restent en suspens et nécessitent d'être réfléchies au sein des CMT.

- L'organisation des équipes pluridisciplinaire :

Les résultats de notre recherche mettent en évidence une pluridisciplinarité construite sur 2 niveaux.

Le premier niveau est centralisé il s'agit, le plus souvent, d'une équipe commune à tout le SSTI et cela concerne essentiellement les IPRP. Ils sont installés majoritairement dans les locaux du siège du SSTI. Les médecins du travail font appel à eux en tant que de besoin. La répartition des demandes se fait soit par les IPRP eux-mêmes en fonction de leurs compétences par rapport au contenu de la demande soit en fonction de leur disponibilité soit

par un IPRP responsable de l'organisation des IPRP. Deux SSTI ont un plateau technique commun.

Le second niveau de pluridisciplinarité est plus proche des médecins du travail. Selon le SSTI il se situe soit au niveau du secteur géographique soit au niveau du médecin du travail lui-même ou de deux médecins du travail.

Ainsi certains services organisent l'équipe pluridisciplinaire par trinôme Médecin du travail – ASST – infirmière ou 2 médecins du travail, 2 ASST et un infirmier voire une équipe dite de proximité composée de 2 médecins du travail, de 2 secrétaires (ASST), d'une infirmière et d'un technicien.

Le personnel infirmier représente 6% de l'effectif total du personnel des SSTI, il est membre de seulement 20% des équipes pluridisciplinaire mais leur nombre est en augmentation.

Dans les réponses à l'auto-questionnaire ont été exprimés les modes d'articulation entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. La collaboration est le mode d'articulation le plus mis en avant suivi par l'animation et la coordination par le médecin du travail. Les actions réalisées en complémentarité sont beaucoup moins souvent citées. Près de 12 % des répondants soulignent que cette articulation est mal définie.

Les répondants à l'auto-questionnaire soulignent que l'organisation mise en place des équipes pluridisciplinaire peut être source d'un certain nombre de difficultés dans leur fonctionnement :

- difficultés liées aux acteurs et à l'organisation :

Un certain nombre d'explications complémentaires à celles déjà abordées ont été données dans les réunions de CMT ou lors des différents entretiens. Ainsi, à titre d'exemple, les ASST techniques peuvent avoir des demandes parfois contradictoires émanant d'une part du médecin du travail et d'autre part d'un IPRP auxquelles ils sont parfois rattachés fonctionnellement. Que vont-elles prioriser ?

L'éloignement géographique entre les équipes pluridisciplinaires situées dans le même centre et les IPRP plus éloignés rend plus difficile la communication entre les uns et les autres.

- délais d'interventions longs.

Les médecins du travail ont des temporalités courtes avec des nécessités d'interventions rapides voire urgentes (étude de poste, étude de produits chimiques...).

De leur côté, IPRP et/ou ASST sont dans une temporalité longue avec parfois plusieurs mois d'attente (jusqu'à 6 mois). Ces différences de temporalité peuvent créer des incompréhensions entre les métiers et une moindre efficacité sur le terrain.

- coordination pour réaliser un travail d'équipe :

Les médecins du travail ont exprimé dans l'auto-questionnaire les difficultés qu'ils rencontrent pour pouvoir assumer leur rôle d'animateur et de coordinateur de la pluridisciplinarité au bénéfice de la santé des salariés dans les entreprises qui leur sont affectées et soulignent pour 1/3 d'entre eux le manque de temps et pour ¼ le manque de formation.

De leur côté les directeurs ont tous prévu des formations au management pour les médecins du travail mais seulement 1/3 d'entre eux ont prévu un temps dédié pour les échanges hebdomadaires entre les membres des équipes pluridisciplinaires et un seul a organisé une décharge en effectifs pour les médecins du travail concernés. Cette problématique nécessitera une réflexion au sein des CMT et des solutions dans les SSTI.

Au-delà des interventions dans les entreprises pour lesquelles nous constatons encore de nombreuses améliorations à mettre en œuvre dans le fonctionnement et l'organisation des équipes pluridisciplinaires, la question du lien entre ces deux niveaux de pluridisciplinarité (central et de proximité) et de la capitalisation des actions reste également à approfondir.

- Rôle de la DIRECCTE : certains repères pour les SSTI

La DIRECCTE Lorraine, dans le cadre de la présentation de la politique d'agrément, a fixé les effectifs maximum à suivre et les conditions de dérogation possible à la périodicité et a donné des conseils au SSTI quant aux objectifs à atteindre en matière de fonctionnement de la pluridisciplinarité.

Ainsi en 2013 la DIRECCTE conseillait des recrutements progressifs qui permettraient un fonctionnement avec un médecin du travail équivalent temps plein (etp), 1 etp secrétaire-ASST, 0,5 etp infirmier, 0,5 etp IPRP.

Dans la réunion organisée par le médecin inspecteur du travail le 19 mars 2013 était conseillé :

- *« Pour que le médecin du travail puisse animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire : la nécessité de rencontres régulières du médecin avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que du temps et des moyens pour assurer ce rôle.*
- *Pour une plus grande présence dans les entreprises, il convient d'organiser la pluridisciplinarité à 2 niveaux : directement sur le terrain avec une forte réactivité à la demande du médecin du travail (nécessité d'un nombre suffisant de pluridisciplinaires) et de type expertise pour des problématiques plus longues et plus complexes.*
- *Concernant les infirmiers : proposition d'embauche d'un infirmier pour un ou deux médecins au maximum volontaires. Un infirmier pour 5 ou 6 médecins risque d'entraîner des ordres contradictoires, l'absence de cadrage, des glissements de tâches, facteurs de RPS.*
- *Pour que les équipes pluridisciplinaires fonctionnent il convient de veiller à éviter toute ambiguïté de rôle entre les métiers – que chacun respecte son propre rôle et ses limites – de fédérer les équipes pluridisciplinaires autour des missions, du projet de service et des actions du CPOM ».*

Le CPOM : encore méconnu pour le personnel des SSTI

Pour près de 35 % des répondants à l'auto-questionnaire la différence entre projet de service et CPOM n'est pas évidente et il est surtout vu en termes de charge de travail supplémentaire surtout par les médecins du travail. Cependant des aspects positifs sont aussi soulignés en particulier dans l'amélioration du travail avec les partenaires.

Les entretiens avec les directeurs et la DIRECCTE et la CARSAT vont aussi dans le sens d'un travail collectif plus efficace au bénéfice de la prévention de la santé des salariés.

IV-5 Bilan des CPOM et évolution

L'accompagnement par le Médecin Inspecteur du Travail a permis d'analyser la façon dont avaient été conçus les premiers CPOM en Lorraine et d'en retirer un enseignement puis de réfléchir aux futurs CPOM.

Parallèlement la présentation du projet de CPOM pour un troisième SSTI a amené les membres du CRPRP à faire un certain nombre de remarques et propositions constructives sur la conception des CPOM à venir.

Ainsi le retour d'expérience sur ces CPOM de courte durée est le suivant :

- Une certaine confusion a été faite dans l'écriture des CPOM avec celle des projets de service par exemple le projet de service de Remiremont a été construit comme un CPOM.
- Le nombre d'actions était beaucoup trop important dans chacun de ces 2 CPOM ainsi le CPOM de Remiremont comportait 7 actions et celui de l'ASTLOR'N 9 actions.
- Toutes les actions du projet de service étaient reprises dans le CPOM sans réelle plus value de la DIRECCTE ou de la CARSAT pour nombre d'entre elles.
- Eu égard au nombre d'actions, le nombre d'indicateurs de suivi et de résultats était très élevé dans un contexte de nouveauté dans les SSTI ce qui rend complexe l'évaluation des actions et donc du recueil d'indicateurs.
- Une faible visibilité de l'apport des 2 autres partenaires CARSAT et DIRECCTE dans chacune des actions.

- L'insuffisance d'information de la CARSAT et de la DIRECCTE en direction de chaque acteur de terrain concerné à savoir les contrôleurs de la CARSAT et les inspecteurs et contrôleurs du travail.

Des décisions ont donc été prises et sont appliquées aux CPOM en cours de réalisation. Dorénavant le nombre d'actions est fixé à 4 ou 5 maximum. Systématiquement les CPOM comporteront une action sur la prévention de la désinsertion professionnelle et une sur la veille en santé-travail les autres actions se déclineront en fonction des priorités du SSTI.

La déclinaison des apports de chaque partenaire sera plus précise.

La CARSAT et la DIRECCTE vont mettre en place un circuit d'information en interne qui permettra à tous les acteurs de terrain de s'approprier le contenu du CPOM. Une réflexion en amont sera réalisée afin de prévoir les apports concrets de chaque partenaire en particulier sur le terrain.

Une réunion se fera avec le SSTI, l'inspection du travail et les contrôleurs CARSAT après signature des CPOM pour préciser la mise en œuvre des actions afin que ne se reproduise pas dans les entreprises concernées par les actions du CPOM la venue à quelques jours d'intervalle sur le même thème et de façon non concertée d'un médecin du travail puis d'un contrôleur CARSAT.

Le troisième CPOM lorrain a été signé le 12 février 2014. Actuellement 1/3 des SSTI lorrains ont donc signé leurs CPOM.

Etant donné l'achèvement de presque tous les projets de service à ce jour et des agréments en cours, il est prévu que tous les CPOM des 9 SSTI lorrains soient signés avant la fin de l'année 2014.

Ces données chiffrées sont à comparer à celles au plan national puisque sur 268 SSTI étaient signés 20 CPOM fin 2013.

V. CONCLUSION

La santé au travail est un acteur majeur de la santé publique au bénéfice premier des entreprises, des employeurs et de leurs salariés. La récente réforme représente une véritable révolution et une rupture culturelle pour l'institution, elle met en avant la primauté de la prévention primaire et pose les conditions d'une action collective. La mission «*d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail*» qui a été initialement confiée aux seuls médecins du travail est maintenant une mission des services de santé au travail.

Cette réforme introduit l'application de la démarche de santé publique à la santé au travail, cette démarche consiste à suivre les étapes classiques de la planification (identifier les besoins, reconnaître les problèmes pour répondre à ces besoins, déterminer les priorités et les objectifs, mobiliser les ressources nécessaires pour les mettre en œuvre, préciser les actions à réaliser et leurs modalités d'exécution et enfin évaluer les résultats).

Les services de santé au travail interentreprises doivent établir une stratégie permettant de répondre aux besoins des entreprises et des salariés, en accord avec les orientations nationales et régionales, cette stratégie est formalisée dans leurs projets de service pluriannuels et s'inscrit dans une perspective de changement en anticipation sur l'avenir. Sa mise en œuvre nécessite une adhésion de l'ensemble du personnel et une coordination de leurs activités.

Notre travail a montré d'une part le dynamisme qui a été apporté par la réforme dans les services de santé au travail interentreprises en Lorraine dans le cadre de l'élaboration de leurs projets de service, et d'autre part l'évolution vers un réel travail pluridisciplinaire pour la mise en œuvre d'actions collectives de prévention au bénéfice des entreprises et de leurs salariés.

L'analyse des projets de service des SSTI lorrains ainsi que des contenus des CPOM permet de constater qu'ils peuvent représenter un véritable moteur d'amélioration de la prévention au sein des entreprises suivies, de recueil de données épidémiologiques et d'amélioration des connaissances sur les liens santé-travail au niveau d'une entreprise, d'une branche professionnelle. Le recueil des données au niveau collectif permettrait de dépister des changements en matière de prévention au niveau du périmètre de chaque service voire au niveau de la région.

La définition d'indicateurs « communs » et pertinents sur les dangers, les expositions, les risques, les facteurs de risque et les pathologies pourraient alors être définis pour servir d'aide à l'orientation de la politique de prévention primaire des risques professionnels au niveau régional.

Aux termes de notre travail, il nous paraît essentiel de laisser à ces actions des différents projets de service ou des actions engagées dans le cadre de la contractualisation le temps suffisant pour qu'elles soient effectives avant d'en évaluer leurs effets. Cependant les bilans des premiers CPOM sont prometteurs et mettent déjà en évidence de réelles améliorations dans le sens de la prévention primaire même si les coopérations de terrain interinstitutionnelles doivent encore progresser.

Ils montrent également combien l'adhésion des entreprises et de leurs salariés est une condition essentielle à l'avancée de la prévention. Les entreprises pour être performantes doivent s'appuyer sur leur « capital humain ». L'amélioration des conditions de travail et de l'organisation du travail ou plus largement de la qualité de vie au travail est bien un facteur majeur de réussite des entreprises.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rosental P-A, La notion de « risques professionnels » Système actuel et exemples Avis d'Experts *L'émergence des risques*, EDP Sciences Ed., Les Ulis. 2008
- [2] Dellacherie C, Conseil Economique et Social. *L'avenir de la médecine du travail*. Avis adopté par le Conseil Economique et Social le 27 février 2008.
- [3] Dab W. Réforme de la santé au travail : après les textes, quels outils ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. avril 2012;73(2):109-111.
- [4] Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P et Beck F. Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés, Saint Denis, Inpes, janvier 2012 : page 161.
- [5] Soulat J-M, Hérin F. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail : un management impossible ? *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. juin 2012;73(3):364-365.
- [6] Seillan H, *Les services de santé au travail - Quel avenir ?*, éd. Préventique, coll. Les Cahiers de Préventique, 2012, 160 pages.
- [7] Caillol M, Le Coz P, Aubry R, Bréchat P-H. Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques. *Santé Publique*. 24 janvier 2011;Vol. 22(6):625- 636.
- [8] Lopez A, La planification avant et après la loi HPST : quels changements ?, *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP 2e éd. janvier 2012 : 21-29
- [9] Henrard J-C, Bréchat P-H. *Politiques et programmes nationaux de santé*. Actualité et Dossier en Santé Publique mars 2005 ; n° 50 : 18-21
- [10] Bréchat P-H, Trente années de préventions : bilan et perspectives, *La nouvelle planification sanitaire et sociale*, Rennes, Presses de l'EHESP 2e éd. janvier 2012 :81-95
- [11] Chauvet C, Ménard C, Paris C, Tordjman I, Verger P, Fontaine M, et al. État des lieux des sources d'information sur la prévention primaire des cancers d'origine professionnelle pour les médecins du travail : besoins et perspectives. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. décembre 2012;73(6):829-838.
- [12] Bréchat PH, Stebler-Watier K, Salines E, Rymer R, Bertrand D, de Singly C. Pour un management des politiques de santé publique. *Gestions hospitalières* 2009;488:424-434
- [13] Direction générale de la santé. *Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé*. décembre 2009.
- [14] Circulaire DGT/ n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

- [15] Soula J-M : *L'état de la formation des médecins du travail aujourd'hui en France*: 1^{ère} Rencontres nationales pédagogiques de l'ANIMT (Association Nationale des Internes en Médecine du Travail) Toulouse. septembre 2013.
- [16] Programme « Accidents du travail – Maladies professionnelles » [en ligne]. Disponible sur : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe_1_atmp-.pdf [consulté le 13 mai 2014]
- [17] Programme de surveillance des MCP en France – Résultats 2006-2008 – Institut de veille sanitaire [en ligne]. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2012/Programme-de-surveillance-des-maladies-a-caractere-professionnel-MCP-en-France>. [consulté le 13 mai 2014].
- [18] *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* INSERM [en ligne]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/dossiers/cancer-et-travail-les-facteurs-de-risque-professionnel>. [consulté le 13 mai 2014].
- [19] Chauvet C, Ménard C, Paris C, Tordjman I, Verger P, Fontaine M, et al. État des lieux des sources d'information sur la prévention primaire des cancers d'origine professionnelle pour les médecins du travail : besoins et perspectives. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. déc 2012;73(6):829-838.
- [20] Institut de veille sanitaire InvS [en ligne]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/rapport_cancer_pro.pdf. [consulté le 13 mai 2014].
- [21] P.Wild, M.Gonzalez, E Bourgkard1, N Courouble, C Clément-Duchêne, Y Martinet, J Févotte and C Paris. Occupational risk factors have to be considered in the definition of high-risk lung cancer populations. *British Journal of Cancer* (2012) 106, 1346 – 1352
- [22] Arnaudo B, Leonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, *L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010, premières synthèses*, Dares, mars 2012, n° 023
- [23] Institut national de la statistique et des études économiques INSEE [en ligne]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp>. [consulté le 13 mai 2014].
- [24] Rapport André Flajolet Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. p27 [en ligne] 2008
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf (consulté le 13 mai 2014)
- [25] Warnez S. Santé au travail en Lorraine : *Evolution et état des lieux à partir des rapports d'activité des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008*-p36. Th.D.: Médecine du travail: Nancy: 2010.
- [26] Conso F, Frimat P, IGAS, *Rapport sur le bilan de réforme de la Médecine du travail*, octobre 2007,

- [27] Ministère du Travail. Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Ministère du Travail. *Conditions de travail. Bilan 2010* Ministère du Travail, Paris, 2011
- [28] Manaouil C. Des rapports sur la santé au travail s'accumulent en attendant une nouvelle réforme. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. Juillet 2008; 69(3):419-422.
- [29] Gosselin H. *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007.
- [30] Dab W., Rapport remis à Xavier Bertrand, ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité et Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Former les managers et ingénieurs en santé au travail*, mai 2008
- [31] Direction générale du travail, *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité Décembre 2007
- [32] Lejeune D, *La traçabilité des expositions professionnelles* [en ligne]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000684/> [cité 13 mai 2014]
- [33] Dellacherie C, Frimat P, Leclercq G - *La santé au travail Vision nouvelle et professions d'avenir*. Mai 2010
- [34] Combrexelle J-D. DGT, Réalité Prévention. INRS. n° 36 Juin 2012
- [35] Plan Sante au Travail 2005-2009. Ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale, 2005.
- [36] Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, *Piloter la performance dans le secteur médico-social* [en ligne] 2011. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/ANAP_TBMS_Parcours_sante.pdf
- [37] Daubas-Letourneux V, *Connaissance des accidents du travail et parcours d'accidentés. Regard sociologique sur les angles morts d'une question de santé publique*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, 2005
- [38] Gehanno J-F, *Des indicateurs pour changer les pratiques ou des pratiques pour changer les indicateurs ?* 31èmes Journées Nationales de Santé au travail dans le BTP 2Versailles (Paris) 25 au 27 mai 2011
- [39] Dellacherie. C, *La certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail*. Avis et rapports du conseil économique, social et environnemental. 2010
- [40] Attal-Toubert K et Mvanderschelden. *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) Etudes et résultats N° 679 .février 2009.

- [41] Marichalar P., « La médecine du travail sans les médecins. Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, n°91, 2010, p.27-52.
- [42] Jean POUPART, Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche, *Sociologie et Sociétés*, vol XXV n°2, automne 1993 pages 94-110.
- [43] Kazancigil A, Makinson D. *Les sciences sociales dans le monde*. Les Editions de la MSH; 2001. 412 p.
- [44] Organisation Mondiale de la Santé, *Manuel de suivi et d'évaluation des ressources humaines pour la sante* 2009. p143.
- [45] Avenant de la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelle (COG AT-MP) pour l'année 2013 [en ligne]. Disponible sur : http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/ AVENANT
- [46] Plan Régional de Santé au Travail 2010-2014 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.lorraine.direccte.gouv.fr/plan-regional-sante-au-travail-2010-2014>
- [47] Ministère du Travail. Conseil d'orientation sur les conditions de travail. Ministère du Travail. *Conditions de travail. Bilan 2012* Ministère du Travail, Paris, 2013.
- [48] Centre Interservices Santé et Médecine Travail en Entreprise (CISME), *Bilan intermédiaire de la réforme 2011-2012* [en ligne], janvier 2014. Disponible sur : <http://www.presanse.org> [consulté le 13 mai 2014]
- [49] Barel Y, Fremeaux S. Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire. @GRH. 29 août 2012;n°3(2):69-88.
- [50] DGT/DRP. Note conjointe sur la contractualisation dans le cadre de la réforme de médecine du travail, 9 mai 2012.

ANNEXES

Annexe 1 GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS

Etude sur la mise en œuvre de Projet de Service Pluriannuel et de CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) des Services de Santé au Travail Interentreprises Lorrains

Etat des lieux, analyse de la démarche

Réalisée par *Riadhi BENABID (interne en médecine du travail).*

Sous la direction du : *Docteur Martine LEONARD (MIRT DIRECCTE Lorraine).*

I. PRESENTATION DE L'ETUDE

Objectifs de l'étude :

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- ☐ Réaliser un état d'avancement de la mise en œuvre des projets de service et des CPOM des SSTI.
- ☐ Connaître les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des CPOM lorsqu'ils sont finalisés.
- ☐ Enrichir les SST de la réflexion des uns et des actions des autres, et échanger sur leurs forces, les points d'améliorations possibles, ainsi que sur leurs besoins en matière d'élaboration de projet de service.

Pour les services n'ayant pas débuté la démarche d'élaboration de projet de service, l'objectif est de leur apporter "un retour d'expériences" permettant de les aider :

- à avoir une idée plus précise de la démarche (difficultés rencontrées, moyens mis en œuvre pour créer une dynamique dans le SSTI) ;
 - à réaliser l'analyse de leur situation ;
 - à échanger avec d'autres services sur ce sujet.
-
- ☐ Rendre visible les différentes actions de prévention menées par les différents SSTI Lorrains avant la réforme et les impacts qu'elles ont pu avoir dans les entreprises.

Périmètre de l'étude :

Cette étude concerne tous les services de santé au travail interentreprises en lorraine.

II. GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES DIRECTEURS

PREMIERE PARTIE : (questions d'ordre général)

1-Identité du Service :

2-Département :

3-Quelle est la taille de votre service ?

- nombre de secteurs (centres):
- nombre de salariés : indiquer par métier, le nombre : les ETP¹³.....
 - médecins du travail :
 - infirmiers :
 - IPRP (+AST) :
 - ASST (secrétaires) :
 - Personnel administratif :
- Nombre de salariés suivis :
- Nombre d'entreprises adhérentes :

4-Sur quel(s) territoire(s) intervient votre SSTI?

5-Avez-vous initié une démarche d'élaboration de votre projet de service ?

¹³ ETP : équivalent temps plein

DEUXIEME PARTIE : Service de santé au travail en cours d'élaboration de son projet de service ou l'ayant déjà réalisé

Pré-requis à la mise en œuvre d'un projet de service

6a-Antérieurement à la démarche de projet de service, avez-vous mis en œuvre une démarche de diagnostic local des besoins des entreprises et des salariés?

6b-Si oui ou démarche en cours, précisez votre méthodologie pour établir le diagnostic local?

7a-Antérieurement à votre projet de service, aviez-vous formalisé et mis en œuvre des actions collectives de prévention particulières ?

7b- Si oui, lesquelles et à quelle date ou période ?

8a-Le projet de service a-t-il été l'occasion de travailler / retravailler sur des actions antérieures ?

8b-Pourquoi ?

Avancée du projet de service

9-Où en êtes-vous dans la démarche ? A quelle étape¹⁴ ?

- ☐ Etape 0 : Phase préparatoire (information de l'ensemble des acteurs ?)
- ☐ Etape 1 : Démarrage (durée de la procédure, détermination de la période d'élaboration, définition de la méthodologie de la construction du projet de service)
- ☐ Etape 2 : Diagnostic local et analyse du PST – PRST – COG...
- ☐ Etape 3 : Identification des objectifs du Projet et des priorités
- ☐ Etape 4 : Réflexion sur les moyens et l'organisation à mettre en œuvre
- ☐ Etape 5 : Définition des actions
- ☐ Etape 6 : Ecriture projet de service
- ☐ Etape 7 : Validation par le C.A.

¹⁴ Etapes définies suite à nos participations aux réunions des Commission Médico-Techniques.

Management / pilotage de la démarche projet de service

10-Quelle est la méthodologie adoptée, pour chacune des étapes ?

11-Quelle est la composition de votre Commission Médico-Technique (CMT) ? :

12-Quel est le rôle de votre Commission Médico-Technique dans le cadre du projet de service (CMT) ? :

13-Est-ce qu'il y a eu une création de groupes du travail ? Si oui, sur quels thèmes ?

14-Quelle articulation entre les groupes de travail et la CMT ?

15-Est-ce qu'il y a eu une mobilisation du personnel ? Comment ?

16-Envisagez-vous une restitution à l'ensemble du personnel ? Si oui, comment ?

17-Quel est le rôle du Conseil d'Administration (CA) ?

18-Quel est le rôle de la Commission de Contrôle (CC) ?

Formation projet de service / aide extérieure

19-La mise en œuvre du projet de service a-t-elle nécessité ?

19a-des formations en interne ?

19b-des conseils par une aide extérieure ?

Si oui, à quelle(s) aide(s) extérieur(s) avez-vous eu recours précisément?

20-Au sein de votre service, quelles personnes ont bénéficié ?

20a-de formations en interne sur le sujet de projet de service

20b-des conseils par une aide extérieure

Contenu de votre projet de service au stade actuel

21-Quels sont les axes prioritaires ?

22-Quels sont les moyens envisagés ? (recrutements ? matériels ?)

23-Quelle est l'organisation prévue?

Association des partenaires institutionnels à l'élaboration du Projet de Service

24-Votre SST a-t-il abordé le sujet et a pris contact en premier avec son ou ses partenaire(s) institutionnel(s)

Si oui, avec qui ?

25-Les partenaires institutionnels ont-ils pris l'initiative du contact ?

Si oui, qui ?

Quand ?

26-Estimez-vous être accompagné dans ce projet par vos partenaire(s) institutionnel(s) ?

Si oui, lesquels ?

27-A quel moment de l'élaboration du projet de service (à quelle étape ?)

28-Comment ?

29-Quel a été le temps passé dans l'élaboration du projet de service ?

30-Quelle est la durée totale de sa réalisation ou la durée actuelle depuis son initialisation ?

31-Nombre de réunions de CMT-Nombre de participants ?

32-Quel est le nombre de réunions des groupes de travail ?

33-Quel a été le temps consacré à l'écriture du projet de service ?

34- Qui a réalisé cet écrit ?

Ressources humaines / projet de service

35-Le projet de service a-t-il suscité une réflexion ?

35a-sur l'encadrement au sein de votre structure, la clarification des compétences

35b-sur les effectifs de personnel,

35c-autres (précisez ?

Orientations et objectifs inscrits dans le projet de service

36-Avez-vous pu inscrire dans votre projet de service un programme pluriannuel ?

- ☐ D'évaluation interne
- ☐ En matière de ressources humaines (formation de personnel, par exemple)
- ☐ Autres

37-Les objectifs inscrits dans votre projet de service sont-ils à réaliser avant son échéance / son terme ?

Si oui, pour certains objectifs seulement

Lesquels ?

A quelle échéance ?

Avis général sur la démarche

38-D'une manière générale, que pensez-vous de la démarche de projet de service ?

39-Que peut-elle apporter à votre SSTI selon vous ?

TROISIEME PARTIE : Equipes pluridisciplinaires

40-Comment sont organisées vos équipes pluridisciplinaires ?

41-Quels moyens sont donnés aux Médecins du travail pour animer et coordonner l'équipe pluridisciplinaire ?

42-Quelles difficultés rencontrez-vous dans leur mise en place ?

43-Quelles sont les facteurs facilitant leur bon fonctionnement ?

QUATRIEME PARTIE : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

44-Avez-vous signé votre CPOM ?

45-Si oui, quelle est la durée du CPOM ?

46-Si non, est-il en cours d'élaboration ?

Construction du CPOM :(si signature)

47-Quel délai a été nécessaire entre le démarrage et la signature du contrat ?

48-La construction du CPOM à partir du projet pluriannuel de service a-t-elle été :

Facile **ou** Complexe ?

49-Quelles ont été les aides pour cette élaboration ?

* CARSAT :

* DIRECCTE :

50-Quelles ont été les difficultés ?

51-Avez-vous trouvé les remarques du CRPRP pertinentes ou non?

52-Ont-elles été prises en compte dans son contenu ou non?

53-Comment se concrétisent les actions signées dans le CPOM ?

54a-Difficultés rencontrées :

54b-Eléments facilitateurs :

Avis général sur la démarche

54-Globalement, que pensez-vous de la démarche de CPOM ?

Fin

Annexe 2 AUTOQUESTIONNAIRE

Auto-questionnaire pour l'ensemble du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises de Lorraine

A- Données générales : (cochez la bonne réponse)

A1-Métier :

Médecin du travail ☐

Infirmière ☐

IPRP ☐

AST ☐

Secrétaire ☐

Autre ☐

Si autre précisez :

A2- Département de votre SSTI : 54 ☐ 55 ☐ 57 ☐ 88 ☐

A3- Dans quel SSTI travaillez-vous ? (facultatif) :

A4-Sexe :

Femme ☐

Homme ☐

A5-Dans quel groupe vous situez vous en fonction de votre âge ?

<20 ans ☐

20-29 ☐

30-39 ☐

40-49 ☐

50-59 ☐

>60 ☐

A6-Type du contrat de travail : CDI ☐ CDD ☐

A7-Temps de travail hebdomadaire : Temps plein ☐ Temps partiel ☐

A8-Ancienneté dans le SSTI : ...ans

A9-Ancienneté au poste : ...ans

A10-Vos conditions de travail vous semblent elles satisfaisantes ?

oui tout à fait ☐

plutôt oui ☐

plutôt non ☐

non pas du tout ☐

A11-Depuis les 12 derniers mois avez-vous eu une formation ?

Oui ☐ non ☐

Si oui, était-ce une formation en rapport avec :

- votre travail actuel ☐
- un futur poste ☐
- une formation d'intérêt général ☐

A12-Pour faire un travail de qualité disposez-vous :

a- De formation et d'information satisfaisantes.

Oui ☐

non ☐

b- D'objectifs et de consignes clairement définis.

Oui ☐

non ☐

B- Mise en œuvre de projet de service :

B1-Pensez-vous que la réforme apporte une avancée en matière de prévention pour les salariés suivis ?

Oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

B2-Faites-vous partie de la CMT ? Oui ☐ non ☐

B3-Existe-t-il des groupes de travail dans votre service ? Oui ☐ non ☐

B4-Leur objectif est-il en lien avec le projet de service ? Oui ☐ non ☐

B5-Participez-vous à un ou plusieurs groupes de travail ? Oui ☐ non ☐

B6-Connaissez-vous l'état d'avancement de l'élaboration de votre projet de service ?

Oui ☐ non ☐

B7-Quels sont les lieux d'information sur l'avancée du projet de service ?

- Réunions de secteur oui ☐ non ☐
- Groupes de métiers oui ☐ non ☐
- Réunions de l'ensemble du SSTI oui ☐ non ☐

B8-Participez-vous (ou avez-vous participé) à sa construction ?

Oui ☐ non ☐

Si oui, de quelle manière

.....
.....
.....
.....

Si non, passez directement à la question B11

B9-Avez-vous fait des propositions ? Oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....

B10-Vos propositions sont-elles prises en compte ? Oui ☐ non ☐

B11-Quels moyens complémentaires vous paraissent nécessaires pour la mise en œuvre du projet de service ?

.....
.....
.....
.....

B12-La construction du projet de service a-t-elle apporté un dynamisme nouveau dans votre SSTI ?

Oui ☐ non ☐

Si oui, de quelle façon ?

.....
.....
.....
.....
.....

B13-A-t-elle permis un meilleur dialogue entre les métiers ? Oui ☐ non ☐

Si oui, de quelle façon ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C-CPOM

C1-La différence entre projet de service pluriannuel et CPOM est-elle pour vous claire ?

Oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

C2-Le CPOM apporte-t-il de votre point de vue :

a- une charge de travail supplémentaire ? Oui ☐ non ☐

b- une nouvelle façon de travailler collectivement pour améliorer la prévention dans les entreprises suivies ? Oui ☐ non ☐

Si non, Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

c- une amélioration du travail commun en interne ? Oui ☐ non ☐

Si non, Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

d- une possibilité de valoriser votre travail ? Oui ☐ non ☐

Si non, Pourquoi ?

.....
.....
.....

.....
.....
.....

e- une amélioration du travail commun en externe ?

- avec la CARSAT : oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

- avec la DIRECCTE : oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?.

.....
.....
.....

- avec les autres partenaires : oui ☐ non ☐

Si oui, lesquels

?.....

.....
.....
.....

Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

C3-Votre SSTI a-t-il signé un CPOM ? Oui ☐ non ☐

Si non, passez directement à la question D1.

C4-Les indicateurs de chaque action du CPOM vous paraissent-ils ?

- réalistes oui ☐ non ☐
- complexes oui ☐ non ☐
- difficiles à mettre en œuvre oui ☐ non ☐

C5-Quelle part de votre temps de travail pouvez-vous consacrer au CPOM ?

-10 % ☐

-20 % ☐

->20 % ☐

C6-Quelles sont vos réflexions complémentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D- L'équipe pluridisciplinaire

D1-Des réflexions ont-elles été portées par la CMT sur l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire (EP) ?

Oui ☐ non ☐

D2-L'organisation de l'EP fait-elle partie du projet de service ?

Oui ☐ non ☐

D3-De quels métiers est composée l'EP dans votre SSTI ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

D4-Comment est organisée votre EP ?

.....
.....
.....
.....

D5-Quels sont les aspects positifs de cette organisation?

.....
.....
.....
.....
.....

D6-Quelles difficultés dans son fonctionnement ?

.....
.....
.....
.....
.....

D7-Votre rôle est-il clairement défini ?

Oui ☐ non ☐

D8-Le rôle des autres métiers vous est-il bien connu ?

Oui ☐ non ☐

Si non pour quel(s) métier(s) ?

.....
.....
.....
.....
.....

D9-Les limites des rôles de chacun sont-ils bien précisées ?

Oui ☐ non ☐

D10-Comment s'articule votre activité avec celle des autres métiers ?

.....
.....
.....
.....
.....

E-Pour les médecins du travail :

E1-Etes-vous amené(e)s dans votre exercice à animer l'EP ?

Oui ☐ non ☐

E2-Avez-vous eu une formation pour animer l'EP ?

Oui ☐ non ☐

E3-Avez-vous du temps pour animer et coordonner l'EP ?

Oui ☐ non ☐

Si oui, à quelle fréquence ?

.....
.....
.....

E4-Quelles sont vos difficultés dans ce nouveau rôle ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE.

**VEUILLEZ NOUS LE FAIRE PARVENIR AVANT LE 03 JUIN 2013
SOIT PAR VOIE POSTALE A L'ADRESSE :**

**Inspection Médicale
DIRECCTE LORRAINE
10, rue Mazagran
BP 10676
54063 NANCY CEDEX**

OU PAR COURRIEL A L'ADRESSE ELECTRONIQUE :

dr-lorrai.inspection-medicale@direccte.gouv.fr

Annexe 3 « CHAPEAU DU CPOM »

Objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, retenus en Lorraine

Ils ont été retenus par les organismes de sécurité sociale dans le cadre du Contrat Pluriannuel de Gestion et avec ceux fixés par l'Etat au titre du Plan Régional de Santé au Travail.

Dans ce cadre, le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** vise essentiellement à mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de chaque Service de Santé au Travail en cohérence avec les objectifs retenus en région lorraine, en matière de santé au travail et de prévention. Ces objectifs sont définis notamment dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail 2010-2014 (PRST2) et des Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) 2009 – 2012 des CARSAT Nord-Est et Alsace-Moselle, ainsi que des orientations des partenaires sociaux pour la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (COG AT-MP) 2013 – 2016.

D'un point de vue sanitaire, la Lorraine est classée au quatrième rang des régions françaises en ce qui concerne la surmortalité de sa population par cancer plus particulièrement des cancers broncho-pulmonaire et de la vessie. On y constate également une surmortalité liée à la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). L'exposition professionnelle doit nécessairement être prise en compte dans le faisceau d'indices permettant d'expliquer ces mauvais résultats et afin d'organiser les actions préventives.

La Lorraine compte 556 000 salariés dont 313 500 relèvent de la CARSAT du Nord-Est (départements 54, 55 et 88) et 242 500 de la CARSAT d'Alsace et Moselle (département 57).

En 2010, on a dénombré près de **25 000 accidents liés à l'activité professionnelle** : 22 281 accidents du travail avec arrêt et 25 accidents mortels, auxquels s'ajoutent 2587 accidents du trajet avec arrêt. Même s'il est en diminution, le taux de fréquence des accidents du travail reste supérieur en Lorraine à celui constaté au niveau national, notamment du fait de la forte industrialisation de la région.

Durant la même année on a reconnu **1970 maladies professionnelles**, dont 15 mortelles dont l'imputation a pu être faite à une entreprise. Le nombre des maladies professionnelles reconnues est en augmentation de 2006 à 2010. Les TMS représentent plus de 80 % des maladies professionnelles reconnues.

Les Services de Santé au Travail ont pour missions d'assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs et d'agir en vue de sa préservation, de développer une action de conseil et de prévention, et de participer au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles ainsi qu'à la veille sanitaire.

Les services de santé au travail constituent en conséquence l'un des principaux acteurs mobilisables pour mettre en œuvre les plans d'actions régionaux en cohérence avec leur propre projet pluriannuel de service.

Au titre des risques professionnels en parfaite cohérence avec la COG AT-MP, le Plan Régional Santé au Travail définit cinq priorités :

- 1) Améliorer la connaissance en santé-sécurité au travail.
- 2) Renforcer la prévention en direction de certains risques : risques chimiques, TMS, RPS, risque routier professionnel, risques émergents.
- 3) Développer des actions de prévention dans les secteurs professionnels à forte sinistralité : BTP, secteur agricole et forestier.
- 4) Actions de prévention en direction de publics prioritaires : seniors, salariés fragilisés menacés par la désinsertion professionnelle, nouveaux embauchés, nouveaux entrants en emploi et saisonniers, PME et TPE.
- 5) Renforcer le rôle des Services de Santé au Travail.

Chacune de ces priorités implique les Services de Santé au Travail, la cinquième vise directement à renforcer leur rôle par la mise en œuvre de la réforme issue de la Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011, applicable à compter du 1^{er} juillet 2012 et par le développement des coopérations DIRECCTE, CARSAT, OPPBTP et ARACT dans la définition des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens conclus avec ces services.

Au titre des risques sanitaires, le Plan Régional Santé Environnement (**PRSE**) 2010-2014 et le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) finalisé en janvier 2012, retiennent également des orientations intéressant directement la santé au travail et notamment :

Le **PRSE** se concentre sur l'information et la réduction de l'exposition des travailleurs aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène et reprotoxique (CMR) en

développant notamment des actions de sensibilisation des jeunes afin de limiter l'exposition dès le début de la carrière professionnelle.

Le **PSRS** a pour objectif d'améliorer les conditions générales de vie et de travail, notamment en développant des actions de prévention ciblées sur les causes évitables comme les accidents du travail, la souffrance psychologique. Il vise également à favoriser l'insertion professionnelle et à promouvoir des solutions pour les travailleurs en situation d'incapacité ou de reclassement professionnel.

Les principales actions identifiées au titre de la prévention en milieu professionnel concernent les cancers notamment broncho-pulmonaire, les maladies respiratoires comme la BPCO, la santé mentale et le suicide, l'exposition aux CMR et la prévention des addictions.

L'ensemble de ces éléments de diagnostic et d'action constituent le contexte dans lequel doivent s'inscrire les priorités des Services de santé au travail.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La dernière réforme de la médecine du travail a mis l'accent sur une approche résolument nouvelle de la prévention par l'élaboration de projet de service pluriannuel et la contractualisation. Les deux premiers contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) au niveau national ont été conclus en Lorraine le 4 janvier 2013 par deux SSTI très différents dans leur taille, leurs moyens et leurs spécificités.

Notre enquête s'est appuyée sur des entretiens semi-directifs auprès des directeurs, une diffusion d'un auto-questionnaire à l'ensemble du personnel des Services de Santé au Travail Interentreprises (SSTI) lorrains, une analyse du contenu de leurs projets de service et les changements nécessaires à leur mise en œuvre (recrutements, formation, organisation) ainsi qu'une observation de l'organisation actuelle des équipes pluridisciplinaires et enfin un bilan à un an des deux premiers CPOM complété par des entretiens avec les autres partenaires CARSAT et DIRECCTE. Ce travail dresse un état des lieux actuel et évolutif sur 15 ans du personnel des SSTI, décrit le processus de mise en œuvre de la réforme par les services lorrains à partir des entretiens avec tous les directeurs et de l'analyse des 187 autoquestionnaires reçus (taux de participation globale de 42%), analyse les différentes méthodologies développées par les SSTI. L'intérêt de cette étude réside dans une proposition de méthodologie qui apparaît la plus adaptée dans ce cadre et une mise en évidence de résultats prometteurs de la contractualisation en termes de réelles améliorations dans le sens de la prévention primaire en santé au travail même si les coopérations de terrain interinstitutionnelles doivent encore progresser.

TITRE EN ANGLAIS: MULTIANNUAL SERVICE PROJECTS AND CPOM OF SERVICES OCCUPATIONAL HEALTH IN LORRAINE.

WHAT IMPACT PREVENTION WITHIN COMPANIES FOLLOWED FOR EMPLOYEES HEALTH BENEFIT?

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : Médecine du travail, projet de service, contractualisation, prévention primaire.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex