



2 infirmières & 1 médecin du Travail

Dr Christian CROUZET, Dr Jean FONDERE, Annie RESPAUD
SRAS Midi-Pyrénées - 2007

Notre constat :

Je suis médecin du travail dans l'Ariège et j'appartiens au service de santé du bâtiment et des travaux publics, le SRAS, qui a une emprise régionale, pratiquement sur l'ensemble de Midi-Pyrénées.

Je suis le seul médecin du BTP dans mon département à côté d'un service interprofessionnel qui compte une dizaine de praticiens.

Nous prenons en charge une population salariée particulièrement exposée à des **risques professionnels graves**, non seulement du fait, de la nature même du travail dans le BTP, mais aussi en raison de la **structure des entreprises** qui, pour 88% d'entre elles, comptent **moins de dix salariés, avec donc, une culture de la prévention des risques très limitée.**

Pour leur défense, il faut reconnaître que la différence entre un « **danger** » et un « **risque** » est un concept difficile à comprendre.

La circulaire d'application relative au Document Unique rappelle bien le lien : **Risques = Danger x Conditions d'exposition**. Mais d'une part, la grande majorité de ces petites entreprises ignore jusqu'à l'existence même de ces textes et d'autre part, pour celles qui s'y aventurent, elles sont censées connaître quels sont les **dangers potentiels** pouvant faire **apparaître un risque** pour la santé des salariés dans **toutes leurs activités !!!**

En Midi-Pyrénées, le BTP connaît une intense activité (fin 2006) et dans le même temps, nous sommes frappés de plein fouet par la pénurie de médecins au point de mettre en question la survie de notre SST.

Jusqu'à ces dernières années, du fait de cette population à risques, nous avons dans le service, un effectif attribué de 2500 salariés pour un temps plein.

Aux visites d'embauche, devenues très nombreuses surtout en raison des contrats courts, s'ajoutent les **visites de reprises, de mieux en mieux respectées, et souvent complexes**, du fait des maladies professionnelles et des accidents de travail, hélas encore nombreux dans le BTP.

Si bien que le nombre de visites ne cesse d'augmenter : 2900 visites ont été faites l'an dernier et dans la région certains services inter-professionnels sont déjà à 3800 salariés par médecin.

Bien entendu, ce problème sévit dans tous les départements de Midi-Pyrénées et je ne peux donc attendre aucune aide des confrères de notre service.

Asphyxiés par ces visites médicales, il devient de plus en plus difficile d'assumer notre rôle essentiel à savoir :

Dispenser des CONSEILS oraux et écrits, destinés à AMÉLIORER les CONDITIONS de TRAVAIL pour éviter toute ALTÉRATION DE LA SANTÉ des salariés, DU FAIT de leur travail.

Nos convictions:

- ✚ Nous pensons depuis longtemps que la réponse par la visite médicale seule n'est plus adaptée à la pratique de la PREVENTION PRIMAIRE, pourtant depuis longtemps priorisée par le droit communautaire, et impliquant l'action en amont sur le milieu de travail : pour caricaturer, il est sans doute plus efficace d'obtenir le remplacement d'un compresseur bruyant que de multiplier les audiogrammes...
- ✚ Nous savons tous depuis longtemps que les protections collectives doivent D'ABORD être recherchées et mises en place, AVANT d'arriver à la protection individuelle : c'est de cette méthode que nous nous réclamons en essayant de privilégier la prévention collective dans notre pratique médicale.
- ✚ Depuis des années, nous colligeons des montagnes de données médico-professionnelles, avec des outils inadaptés, qui ne permettent aucune utilisation réellement exploitable scientifiquement. Nous sommes convaincus que l'avenir exigera de nous la **TRACABILITÉ** à tous les niveaux et en particulier :
 - Traçabilité des risques de chaque salarié au cours de sa carrière mais aussi
 - Traçabilité médico-légale de nos actions de prévention

Le schéma relationnel ci-dessous devrait être géré par tous les logiciels commerciaux de médecine du travail (aucun ne le fait !).

1-Activités > 2-Dangers > 3-Conditions d'exposition > 4-Risques (= danger x condition d'exposition) > 5-Mesures préventives > 6-RISQUES RESIDUELS > 7-pathologies > 8- *Conseils adaptés et spécifiques*

Ces infos sont à gérer pour éditer l'**attestation d'exposition** à certains cancérogènes depuis 1995, aux CMR depuis 2001 et aux agents chimiques dangereux depuis 2003 ! **Pour ces situations la traçabilité existe réglementairement !** (sauf pour le 8). Par contre pour le 7 il est demandé de gérer la présence et l'**absence** de signes pathologiques spécifiques au risque (basé sur le contenu des tableaux de MP) !

À quoi sert l'intervention du médecin en niveau 7 (celui de la recherche des pathologies professionnelles) si les 6 premiers niveaux n'ont pas été correctement renseignés ?

De même, si le niveau 6 (celui des risques résiduels) est égal ou voisin de zéro, il n'y a donc aucun risque de générer des pathologies professionnelles? Est-il donc vraiment nécessaire de faire intervenir un médecin dans ces circonstances ?

Nous voyons donc que renseigner consciencieusement cette chaîne relationnelle permettrait un traitement précis de l'information, la présence **mais aussi l'absence** (cf arrêté de 95 sur les cancérrogènes) de signes pathologiques constituant une information à gérer précisément.

- + Enfin, techniquement, nous avons, pendant 5 mois, vérifié l'hypothèse que sur la moyenne de 12 personnes convoquées par demi-journée, statistiquement, 6 à 8 ne posent aucun problème de surveillance médicale particulière.
- Elles peuvent donc être prises en charge par une infirmière, agissant dans le cadre précis d'un interrogatoire protocolisé.

En résumé :

- + Trop de visites médicales,
- + Pas d'outil informatique adapté,
- + Pas assez de temps pour l'Action en Milieu de Travail ,
- + Une ressource médicale de plus en plus rare....

Dans ces conditions, que faire ?

Soit se résigner à poursuivre notre exercice de façon identique, sachant que la baisse inéluctable du nombre de médecins dans le service aboutira à des périodicités de visite de plus en plus longues, au point de perdre le contact réel avec nos salariés et de risquer de devenir une coquille vide.

Soit proposer un nouveau mode de fonctionnement qui prend le pari :

- o **non seulement de résoudre les problèmes d'effectifs pour un certain temps,**
- o **mais encore de développer dans des proportions considérables la prévention primaire sur le terrain, seule façon, à notre avis, de rendre notre action réellement efficace,**
- o **en focalisant l'action du médecin du travail sur les tâches où il est indispensable,**
- o **lui dégageant ainsi du TEMPS pour des actions nouvelles : constructions d'Indicateurs Prévention Santé Travail performants, participation à la mise en place d'études transversales, exploitation de ces études sur le terrain, participation à l'élaboration de consensus de pratiques professionnelles à valider par la HAS etc...**

Notre proposition de fonctionnement :

Constituer une *équipe de 2 infirmières et 1 médecin* fonctionnant sur deux principes :

- des Entretiens Santé Travail (EST) protocolisés sur informatique
- des Actions en Milieu de Travail (AMT) programmées et progressives

1°) - Examinons en premier lieu l'Entretien Santé Travail, terme que nous souhaitons voir se substituer à celui de visite médicale.

Sauf quelques exceptions, tous les salariés sont reçus **d'abord** par l'infirmière puis accompagnés, en fin d'entretien, dans le bureau du médecin. Le médecin poursuit l'entretien, réalise un examen clinique (si nécessaire), prescrit des examens complémentaires non prévisibles (si nécessaire), etc.

Mais dans tous les cas, **le médecin du travail termine l'Entretien santé Travail et signe la fiche d'aptitude.**

Il va de soi que dans cette nouvelle organisation, **tous les salariés sont convoqués annuellement :**

- d'une part cela simplifiera, la gestion des convocations et
- d'autre part, nous pourrions, au-delà du réglementaire,
 - o réaliser des enquêtes de veille sanitaire santé - travail,
 - o mieux évaluer le risque psychosocial,
 - o mettre en place des Indicateurs de résultats.
 - o enfin, comme le préconise le BIT depuis 2002, prendre mieux en charge des risques émergents.

Examinons rapidement le **contenu de l'Entretine Santé Travail réalisé par l'infirmière** :

- Les trois membres de l'équipe médicale travaillent sur le même fichier informatique en liaison Wi-Fi à partir du logiciel que j'ai écrit et mis au point depuis 2 ans en collaboration quotidienne avec mon infirmière,
- Celui-ci prend en compte d'abord **l'expression libre du salarié.**
- Il dispose ensuite de la quasi-totalité des postes de travail du BTP, permettant ainsi à l'infirmière de **construire le poste de travail du salarié en direct, et de le valider avec lui** avec le niveau « réel » des mesures préventives,
- Le logiciel permet, bien sûr, la recherche par mot dans tous les tableaux de maladies professionnelles.
- L'infirmière dispose enfin automatiquement d'un **interrogatoire protocolisé, spécialisé par grandes activités** (maçon, électricien, peintre, etc.) qui précise, dans le questionnaire, la spécificité de chacun de ces postes.

La saisie de ces informations en direct par l'infirmière, permet :

- **D'une part de définir la suite** de cet entretien : existe-t-il des risques résiduels ? Si oui, quelles pathologies sont susceptibles de survenir ? Quel est donc l'examen médical à réaliser ? Quels sont les éventuels explorations complémentaires à mettre en œuvre ? Enfin, quels sont les **conseils adaptés** à dispenser à chaque salarié, **au besoin par écrit, pour limiter ces risques résiduels,**

- D'autre part d'alimenter une partie de la **Fiche d'Entreprise** largement remaniée pour constituer une aide majeure à la réalisation par l'entreprise du **Document Unique d'Évaluations des Risques**.

Cette saisie d'information, très chronophage, est réalisée cependant avec le plus grand soin pour disposer dans l'avenir **d'indicateurs de santé au travail** (insistant sur le lien « état de santé/travail »), fiables et crédibles à transmettre aux entreprises et, pourquoi pas, à notre tutelle.

2°) - **Après les Entretiens Santé Travail, passons au contenu des Actions en Milieu de Travail :**

Il répond à deux règles que nous essayons de respecter au plus près :

- 1°) Recueillir le maximum d'informations sur le poste de travail du salarié **AVANT** l'Entretien Santé Travail ;
- 2°) Faire, sur le terrain, **un maximum de prévention primaire, c.a.d. agir sur les facteurs de risques**.

Ainsi :

- ✚ **Chaque entreprise nouvelle** doit être visitée dans les deux mois par l'infirmière compétente.
À cette occasion, des documents sont remis et commentés sur
 - ce qu'est la santé au travail,
 - quel est le rôle des Entretiens Santé Travail,
 - des Actions en Milieu de Travail,
 - et sur les obligations légales de l'entreprise vis à vis de leurs Service Interentreprises de Santé au Travail.
- ✚ Nous proposons systématiquement une **aide** pour la mise à jour des listes du personnel, espérant ainsi pouvoir recueillir, avec une bien meilleure fiabilité, les expositions aux risques de chaque salarié (c'est l'Article 241-25).
- ✚ Déjà, ces deux interventions de l'infirmière nous permettent de **cibler les visites prioritaires** :
 - **d'ateliers** : menuiseries par exemple avec déterminations des risques (poussières de bois, bruit, machines dangereuses..) et évaluation de niveau de gestion (aspiration existante efficace ou non, capotage des machines, etc.)
 - **de chantiers** potentiellement plus dangereux : travail en hauteur, utilisation de produits dangereux tels que le plomb (faïtières), laine de roche etc.
 - voire, mais c'est plus rare, **de bureau**
- ✚ Des métrologies **simples** de sensibilisation aux risques peuvent être réalisées le plus souvent possible (en particulier sur le bruit avec les détecteurs Essilor, bientôt sur les vibrations et les mesures de poussières de bois..). Notre but n'est pas de réaliser des mesures sophistiquées mais de faire prendre conscience à tous les acteurs de l'entreprise **de la réalité d'un risque** en nous appuyant sur des machines qui, nous le savons d'expérience, impressionnent toujours beaucoup plus que notre grand savoir !
- ✚ Nous essayons de recueillir les risques chimiques d'une façon beaucoup plus précise pour mettre en place, dans le dossier informatif de chaque salarié, une traçabilité d'exposition facilement transmissible sur papier, en rêvant un jour d'un serveur national ou d'un accès (enfin ! ne serait-ce qu'en le renseignant) au DMP que la CNAM doit mettre en place.

Cet apport des infirmières en tiers-temps permet au médecin de conduire des entretiens beaucoup plus solides avec les chefs d'entreprise, reposant sur des Indicateurs Prévention santé Travail fiables, à partir de repérage de risques beaucoup plus soignés.

Nous comptons inciter fortement les entreprises à réaliser **le document unique d'évaluation des risques (DUER)** en leur fournissant une méthode pratique que nous avons mise au point pendant deux ans avec une fiche d'entreprise réalisant environ 80% de l'évaluation.

Une aide à la finalisation de ce DUER sera proposée enfin sachant qu'à ce jour, seulement 20 % des entreprises du BTP ont construit ce document dans mon département. L'objectif étant d'accompagner ces TPE dans la démarche d'amélioration des conditions de travail avec une aide de l'IPRP.

Et l'IPRP, dans tout ça, où est-il ?

Cette pratique n'exclut nullement l'IPRP, bien au contraire. Le nôtre est issu le l'OPPBTP (Organisme Professionnel de la Prévention du BTP) et possède une solide expérience de chef chantier.

Il connaît en particulier, la difficulté à **intégrer la prévention** dans toutes les phases à risques de la construction.

Sa mission première consiste donc à intervenir **le plus en amont possible**, des phases de travail à risques ce qui nécessite la connaissance non seulement de la **technique propre** du bâtiment mais aussi de **l'organisation du processus de travail**. C'est **l'Évaluation à priori des risques**, approche issue de la Directive Européenne de 1989.

L'IPRP est ainsi totalement complémentaire de l'équipe médicale dans les Actions en Milieu de Travail, à la demande du médecin ou de l'employeur avec comme seule règle la circulation de l'information dans les deux sens, sans esprit de hiérarchie, mais avec une solide volonté de synthèse au service des entreprises.

Nous espérons disposer le plus rapidement possible d'un IPRP par équipe médicale. Actuellement nous le partageons...

En pratique

L'Ariège 140 000 habitants, 7500 entreprises dont 1280 BTP (j'en ai 800), 88% d'entreprises ont moins de 10 salariés.

Je suis le seul médecin BTP dans le département. L'autre SIST : 9 médecins temps plein prend en charge les autres entreprises. Le problème est identique : augmentation des effectifs, diminution des médecins disponibles (surtout loin des villes Universitaires : Toulouse draine tous les nouveaux médecins et dépeuple les SST périphériques).

45 semaines programmables : 1 an = 52 semaines **moins** (5 semaines de congés, 1 semaine de ponts, jours d'ancienneté... et 1 semaine de formations, activités connexes soit 52-7 soit 45 semaines.

1 semaine : 6 vacations (demi-journée) de **VM** (visites médicales) et **3 vacations de TT** (Tiers Temps ou actions en milieu du travail). 35 h en arrêtant le vendredi midi (possibilité de travailler tout le vendredi et récupération le vendredi suivant).

Convocations : 10 par vacation et par infirmière soit 20 par demi-journée soit **120 par semaine** (20x6), soit **5400 par an** (45x120).

Vacations de TT : 3 demi-journée pour chaque membre de l'équipe : le médecin et chaque infirmière, soit 9 vacations d'actions en milieu de travail par semaine !

Comme le besoin actuellement est plus faible, nous fonctionnons avec 5 demi-journées de VM et 4 de TT.

Dans **cette nouvelle organisation**, notre équipe de deux infirmières et d'un médecin peut prendre en charge un **effectif d'au moins 4500 salariés par an**. (20 convoqués par vacation x 5 vacations par semaine x 45 semaines par an) :

- Nous consacrons **5 demi-journées par semaine** aux « visites médicales » sur lesquelles nous convoquons **20** salariés, 10 pour chaque infirmière, soit une capacité de 4500 salariés par an (**20x5x45**). Le médecin voit tous les salariés en fin d'entretien et signe toutes les fiches d'aptitude, certains de ces entretiens étant assuré essentiellement par lui (reprise de travail, embauche...).
- Nous disposons chaque semaine de **12 demi-journées d'action en milieu de travail** (4 pour chaque membre de l'équipe) :

En pratique : une vacation de Tiers Temps (TT) (pour chacun) peut servir à des activités connexes, à faire le bilan des actions, à **déterminer des objectifs**, à exploiter des infos saisies en cours de visite médicale et aux retours des actions de TT... à mettre en place une stratégie, un objectif, un plan d'action...

Il reste donc 9 (12-3) vacations d'action en milieu de travail par semaine. Soit 405 vacations de TT par an au lieu des 150 !

Cette organisation de travail offre également une grande souplesse de fonctionnement : si, par exemple, un nombre important d'embauches est à réaliser, une vacation de TT bascule en vacation médicale. Inversement, si le nombre de sujets à convoquer est en avance sur le planning de fonctionnement, une ou plusieurs vacations médicales seront transformées en action en milieu de travail...

- Ainsi donc** :
- Nous avons résolu le problème d'effectif pour un certain temps (4500 convoqués par an au lieu de 3200).
 - Nous avons développé considérablement l'action en milieu de travail (405 vacations).
 - Nous assurons déjà une traçabilité correcte.
 - Et le médecin voit son temps disponible largement augmenté.

En conclusion

L'augmentation de l'effectif joint à la quasi-impossibilité de recruter de nouveaux médecins nous a obligé à **remettre en question notre mode de fonctionnement**.

L'entretien individuel régulier, aussi professionnel que médical, nous est apparu comme un pilier indispensable à notre activité (la fréquence étant idéalement décidée par le médecin du travail en fonction des situations réelles).

La construction précise du poste de travail, au cours de cet entretien, complétée par les visites des chantiers, nous paraît **l'élément fondamental de notre métier**.

La surveillance médico-professionnelle qui en découle, n'a de sens qu'à ce prix et nous choisissons l'option de nous concentrer sur elle, quitte à nous éloigner de certaines pratiques de santé publique qui, si elles ne sont pas dépourvues d'intérêt, ne relèvent pas, selon nous, de notre mission première : **nous souhaitons sortir d'un système médical basé sur la réparation pour entrer enfin dans la prévention des pathologies et des accidents dus au travail**.

Cette approche n'est pas forcément nouvelle mais elle très, très, très, chronophage, même avec un logiciel informatique adapté. Elle est donc rarement faite.

Le fonctionnement avec 2 infirmières le permet car en fait, chacune ne voit que 6 à 8 salariés par vacation (puisque sur les 10 convoqués certains sont essentiellement pris en charge par le médecin). Cette disponibilité de temps n'est pas habituelle dans les services interentreprises où les effectifs sont en général beaucoup trop élevés par rapport aux populations à risques surveillées.

L'intervention en entreprises (à raison de 9 vacations par semaines) complète notre action en favorisant la réduction des facteurs de risques. Ces actions sont orientées par les informations issues des entretiens individuels qui **insistent sur la relation activités / dangers** et permettent ainsi des **CONSEILS ADAPTÉS**.

Nous espérons, à terme, par une présence plus fréquente, développer dans les entreprises une **culture de la prévention**. En effet, **la nécessité d'améliorer les facteurs d'environnement professionnels est souvent criante**, mais les **demandes des entreprises** auprès de notre SST sont encore beaucoup trop rares. **La multiplication de ces requêtes constituerait pour nous un indice que nous sommes sur la bonne voie**.

Notre souhait est de convaincre nos adhérents que notre rôle de CONSEIL en matière d'amélioration des conditions de travail est aussi important sinon plus que la surveillance médico-professionnelle.

Cet exposé résume mon expérience en cours, en tant que médecin du travail de l'Ariège pour le BTP. Il existe certainement d'autres modes opératoires plus adaptés à d'autres exercices. Pour mon activité dans mon département, compte tenu de la population en charge, il me semble que cette démarche a plus de chance **d'améliorer les conditions de travail** que la simple surveillance médicale dans le cabinet avec très peu d'information sur le travail réel.