

Les INFIRMIERES en Services Interentreprises : nouveaux vecteurs de la PREVENTION PRIMAIRE

Annie Respaud, Karine Maury, Agnès Bombled
(Infirmières, SRAS Ariège)
Congrès Tours 2008

Je suis, depuis 31 ans, infirmière aux SRAS, Service de Santé au Travail professionnel (BTP) et régional (Midi - Pyrénées). Ce service qui emploie 20 médecins équivalent temps plein, couvre 6 départements pour une population de 56 000 salariés répartis dans 6 200 entreprises. Déjà depuis les années 80, j'ai diversifié mon activité en participant à des CHSCT ou en réalisant, par exemple, des métrologies sonores, de la formation de secouriste, de l'ergoscopie (enregistrement de fréquence cardiaque associé à un caméscope pour l'étude des phases de pénibilités), ...

La situation actuelle

L'Ariège est peuplée de 147 000 habitants ; il n'y a qu'un médecin du BTP pour l'ensemble du département. L'effectif en charge était, il y a quelques années, de 2500 salariés, mais la forte activité du BTP (+ 30% de visite d'embauche !) nous a fait dépasser le seuil des 3000.

Cette montée en charge est intervenue dans l'ensemble de la région Midi Pyrénées ; il a donc fallu, pour y faire face, réorganiser les secteurs et embaucher des médecins : c'est ce qui a été fait jusqu'à l'an dernier où le service, confronté à la pénurie croissante de médecins du travail, a éprouvé les pires difficultés pour recruter.

Cette pénurie étant susceptible de s'aggraver, il nous a fallu réfléchir à des solutions novatrices capables d'y pallier :

Nous avons donc mis en place dans le département un **nouveau mode de fonctionnement** reposant sur une nouvelle équipe :

1 médecin assisté de 2 infirmières, avec 1 IPRP partagé avec les autres équipes médicales, 1 Assistante Sociale à temps partiel et 1 secrétaire à mi-temps.

Pourquoi des infirmières ? Les SRAS ont toujours eu des infirmières (8 équivalents plein temps, depuis de nombreuses années) : tous les examens complémentaires étant compris dans la cotisation, les prélèvements sanguins sont effectués dans le service. La délégation de tâches à des infirmières permet la **prise en compte des plaintes médicales** des salariés en charge, puis la mise en évidence du **premier lien condition de travail / altération de la santé** réalisé à la suite de l'entretien médico-professionnel. C'est cette culture médicale qui apporte au médecin, dans le cadre de la délégation de tâche une véritable aide.

Dans notre service, nous travaillons 35 heures, réparties en 9 demi-journées (du lundi matin au vendredi midi) ; jusqu'à présent, 6 demi-journées étaient consacrées (en principe) aux visites médicales et les trois autres au tiers temps.

Depuis septembre 2007, la nouvelle organisation de travail est la suivante :

Sur le nombre : 10 salariés par demi-journée sont convoqués en **entretien médico-professionnel** pour chacune des deux infirmières, soit 20 convocations par demi-journée et donc, sur 6 demi-journées, 120 convocations par semaine.

Avec 45 semaines travaillées dans l'année, on arrive à un potentiel de plus de 5000 convocations par an (120 x 45).

Comme l'effectif actuel en charge est inférieur à 5000, une vacation d'entretien médico-professionnel a été supprimée, **augmentant ainsi les vacations d'action en milieu de travail** (Tiers Temps).

Au total : nous réalisons 5 vacations d'entretien médico-professionnel, au cours desquelles chaque infirmière reçoit 10 salariés, puis les conduit dans le bureau du médecin du travail qui, après avoir décidé s'il poursuit ou non l'entretien, signe toutes les fiches d'aptitude. Ce mode de fonctionnement nous donne donc un **potentiel de convocation de 4500 par an** (100 convocations par semaine sur 45 semaines).

Il reste donc, chaque semaine, 4 demi-journées disponibles.

Nous avons très vite décidé d'utiliser le **Vendredi matin** pour réunir l'équipe (médecin, infirmières, secrétaire et tous les 15 jours l'IPRP) :

- Nous procédons au « débriefing » des actions en milieu de travail menées par chaque membre au cours la semaine qui s'achève (compte-rendu de la visite d'entreprise, mise à jour d'informations dans le dossier médico-professionnel des salariés et le dossier de l'entreprise...);
- Nous essayons de mettre en place une méthodologie d'action écrite, résultant de l'expérience sur le terrain, évitant aux uns de commettre les erreurs déjà commises par les autres, avec comme but de disposer d'un « manuel de bonnes pratiques » ;
- Nous préparons les actions des semaines suivantes.

Il reste donc pour chacun des trois membres de l'équipe médicale 3 demi-journées soit NEUF VACATIONS CONSACRÉES AUX ACTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL CHAQUE SEMAINE ! (Soit de 405 par an à comparer aux 150 réglementaires !)

Compte tenu de :

- La **capacité de convocation à 4500 par an** (notre effectif actuel est de 3600).
- La fréquence et de la gravité des risques dans le BTP,
- L'importance d'avoir des contacts réguliers avec chaque salarié
 - o pour la mise en évidence de risques émergents,
 - o l'évaluation des risques psychosociaux,
 - o la mise en place d'indicateurs comme, par exemple, la **prise en compte** et la **gestion** des Maladies à caractère Professionnel (MacP) en relation avec les conditions de travail connues...

nous avons décidé de maintenir une périodicité annuelle à l'entretien médico-professionnel. Pour le moment notre situation d'effectif nous le permet.

Contenu de nos actions en milieu du travail

Très rapidement et l'honnêteté oblige à confesser surprise, ces nouvelles actions en milieu de travail ont connu un succès inattendu auprès des entreprises, qui de bouche à oreille, ont fait passer l'information : **l'équipe de santé au travail peut nous aider ... gratuitement !**

Il faut, bien sûr, connaître le profil des 850 entreprises du BTP de l'Ariège : 82% des entreprises ont moins de 10 salariés.

Il n'y a, dans ces entreprises, aucun préventeur-relais au sens de l'article 7 de la Directive de 1989.

- Nous avons rapidement décidé de porter essentiellement action sur les TPE de moins de 10 salariés auxquelles **nous proposons des actions**, nous contentant seulement de **répondre** aux éventuelles demandes des plus grosses.
- À l'évidence, il existe dans notre département **un déficit de connaissance du rôle et des missions d'un SST**. Ceci a conditionné le contenu de la **première visite** en entreprise. Et nous avons pris le parti qu'elle soit systématique pour tous les nouveaux adhérents **avant** la programmation des entretiens médico-professionnels.

Au cours de cette première visite, nous expliquons **rôle** et nos **missions** (remise et explications de documents), les domaines où nous pouvons les aider par exemple en proposant la réalisation d'une fiche d'entreprise remaniée qui puisse constituer la base d'un document unique d'évaluation des risques simplifiés. Cette fiche est construite :

- d'abord, à partir de toutes les informations recueillies au cours de l'entretien médico-professionnel, notamment par la partie professionnelle (poste de travail, tâches, danger, conditions d'expositions (mesures préventives), risques et conseils en prévention).
- puis complétée en entreprise.

Nous réalisons une mise à jour de la liste du personnel (art R241-25) en essayant déjà de préciser, même grossièrement, les risques principaux auxquels sont exposés les salariés (préparant ainsi un entretien médico-professionnel plus efficace). Nous demandons la préparation de documents simples pour la fois suivante (liste des produits chimiques utilisés, liste des engins de chantier, des véhicules etc.)

Une aide à la mise en place d'une **démarche de prévention** est proposée pour la deuxième visite en entreprise.

Cette deuxième visite commence par un diagnostic simple du niveau de prévention des risques professionnel de l'entreprise. L'équipe complète avec le médecin et l'IPRP a déterminé à l'avance, par type de métier (maçon, plombier, électricien...) les CINQ risques principaux qui doivent être évalués

Par exemple dans un atelier de menuiserie bois :

- 1) *Exposition aux poussières de bois* : existe-t-il une aspiration ? (oui ou non), si oui, semble-t-elle efficace ? ...
- 2) *Surdité* : existe-t-il des protections collectives (capotage des sources sonores) et/ou des EPI ? Sont-ils portés...
- 3) *Risque chimique* : est-il géré et comment ?
- 4) *Accident machine* : les éléments de protections réglementaires existent-ils ?
- 5) *Incendie* : le risque est-il géré ? comment ?

Au terme de ce diagnostic, une démarche de prévention destinée à améliorer les conditions de travail est proposée à l'entreprise ; toutes les explications sont fournies sur cette démarche et en particulier la garantie que l'équipe sera toujours présente pour aider l'entreprise à la mener à bien. Nous demandons toujours un engagement écrit de sa part avant de la débiter.

C'est à ce moment qu'intervient l'IPRP, qui, en liaison constante avec le médecin, va mener cette démarche. Le nôtre est un ancien délégué de l'OPPBTP (chef de chantier en entreprise pendant 10 ans, il a 15 ans d'expérience en tant que préventeur au sein de l'OPPBTP).

Plusieurs de ces démarches de prévention sont en cours et nous sommes chargées d'en suivre l'évolution en nous rendant à intervalles réguliers dans les entreprises. Bien entendu, nous pouvons faire appel n'importe quand, à notre IPRP et à notre médecin .

Ce sont les compte-rendu au cours des réunions du vendredi matin qui déterminent les orientations en fonction des entreprises...

Toutes ces actions se mettent en place progressivement. C'est incontestablement long parce qu'il faut évaluer les besoins des entreprises, et que nous découvrons **sur le terrain** la méthodologie pour créer des référentiels, les évaluer, les modifier...

Contenu de l'entretien médico-professionnel

Il a pour premier objectif de **faire le lien entre les conditions de travail et les risques d'altération de la santé**. D'où le choix fait par le médecin de 2 infirmières pour leur culture médicale, sémiologique. Le logiciel informatique créé par le médecin est adapté aux besoins de l'équipe médicale. L'objectif de ce logiciel, pour nous infirmières, est tout d'abord de **protocoller la conduite à tenir**, puis d'être un **outil d'aide à la décision**.

Dans un premier temps, j'interroge le salarié pour déterminer le contenu de son poste de travail, aidée par le thésaurus du logiciel qui comporte la quasi-totalité des postes de travail du BTP¹, le salarié validant les différentes activités qu'il accomplit effectivement.

Tous les salariés ne sont pas en mesure de nous lister l'ensemble des risques auxquels ils sont exposés ; par contre **ils peuvent tous nous décrire leurs différentes tâches de travail**... Le logiciel nous indique alors, à partir de ces tâches, les dangers auxquels ils sont potentiellement exposés.

Prenons par exemple le travail de démolition avec marteau piqueur : bruit, vibrations et poussières sont les principaux dangers de cette activité.

Ensuite l'interrogatoire se poursuit sur les **conditions d'exposition** à chaque danger ainsi que sur les **mesures préventives** mises en place : fréquence d'exposition, existence de protections collectives, individuelles (casque anti-bruit, masque respiratoire (fourni ou non, porté ou non...)). **Le risque résiduel** potentiel est ainsi défini et va conditionner la suite de la visite.

Le logiciel, en fonction des données retenues et de la réglementation, propose la réalisation d'exams complémentaires et une conduite à tenir quant aux conseils de prévention : audiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, fourniture d'EPI adapté, formation à la gestion de ces risques....

Bien entendu le questionnement ne se limite pas à ces activités prédéfinies. L'informatique intègre toujours l'expression libre du salarié, qui peut révéler une difficulté dans son travail, jusqu'alors non répertoriée et spécifique à son poste de travail.

Nous disposons sur le logiciel de l'ensemble **du contenu des tableaux des Maladies Professionnelles avec recherche lexicale complète** :

- Soit nous entrons une activité et si elle figure dans n'importe lequel des tableaux, celui-ci ou ceux-ci s'affichent automatiquement : nous savons donc immédiatement quel type de pathologie doit être recherché par l'interrogatoire, les exams complémentaires à prévoir...
- À l'inverse l'entrée d'un signe clinique, d'un symptôme ou d'une pathologie diagnostiquée existant dans un tableau de MP, nous permet de faire le lien avec des activités potentiellement responsables...

Cette aide à la décision favorise et sécurise nos actions tout en permettant une plus grande harmonie de nos pratiques

Une fois l'ensemble de ces informations saisies, soit 15 à 20 mn par salarié, (c'est une partie très chronophage surtout lors du premier entretien dans le service, mais il est fondamental qu'elle soit conduite avec beaucoup de rigueur), sont pratiqués systématiquement :

- une mesure de l'acuité visuelle de loin (risque routier fréquent dans le BTP),
- et de la tension artérielle avec le pouls grâce un appareil automatique agissant au niveau du poignet
- ainsi qu'un audiogramme pour tous les nouveaux salariés de chantier, d'atelier...

L'entretien se termine par un dialogue libre avec salarié pour qu'il puisse aborder des préoccupations qu'il n'aurait pas signalées préalablement.

Enfin, toujours en s'appuyant sur le logiciel, **des conseils de prévention sont délivrés en fonctions des données recueillies au cours de l'entretien**.

Le salarié est alors accompagné chez le médecin du travail. Grâce au fonctionnement en réseau, celui-ci dispose immédiatement sur son écran, de la totalité des informations saisies.

Il décide à ce moment de poursuivre ou de conclure l'entretien médico-professionnel en fonction :

- de nos recommandations (nous avons un code feu vert/feu rouge sur l'écran),
- de la connaissance de problème particulier dans l'entreprise,
- bien entendu, du désir du salarié
- et de celui du médecin...

en s'efforçant de ne pas refaire ce que nous avons déjà réalisé.

L'examen clinique et la prescription d'exams complémentaires sont réalisés si nécessaire à ce moment.

Déjà, depuis septembre 2007, nos pratiques ont évolué :

- *Les entretiens non périodiques* (embauche, reprise de travail, surveillance particulière, demande salarié ou entreprise) étaient, au début, directement et totalement pris en charge par le médecin.

En fait, il est apparu rapidement que cette pratique était inadéquate et que nous devons intervenir pour tout type d'entretien au niveau de la « construction » du poste de travail avec le salarié : présence en entreprise nécessite la connaissance du poste de travail ainsi que l'ensemble de l'histoire clinique de chaque salarié pour être efficace au maximum dans la prévention dans le milieu de travail.

¹ construit à partir d'une synthèse du FAST (issu du GNMST), de Bossons Futé, des postes du Cisme...

Nos entretiens sont donc quasiment identiques tant que nous ne disposons pas des données indispensables. Bien entendu, c'est avec ces salariés « à problèmes » que le médecin poursuit l'entretien le plus souvent.

- Nous avons pensé au début qu'il serait logique d'attribuer la moitié des entreprises à chaque infirmière et que chacune voit « ses » salariés lors des entretiens médico-professionnels.

Si théoriquement cela se tient, en pratique, c'est impossible à mettre en œuvre dans la mesure où l'absentéisme conduisait certains jours une infirmière à regarder sa collègue travailler, empêchant toute souplesse de fonctionnement et compliquait considérablement la tâche de la secrétaire de convocation.

Aujourd'hui, même si les affectations d'entreprises subsistent, il est acquis que les infirmières puissent être interchangeables et que l'ensemble de l'équipe soit au courant de l'ensemble des activités et des problèmes éventuels.

Finalement, à l'heure actuelle : sur 10 sujets convoqués 6 à 8 sont pris en charge totalement par les infirmières, le médecin poursuivant et complétant l'entretien avec 4 à 8 salariés par vacation.

Mais pour tous les salariés, le médecin signe la fiche d'aptitude.

Bilan actuel

Il est très favorable. L'image du SST, dans notre département, est en train de changer. Les entreprises nous réclament sur leur lieu de travail, ce qui, jusqu'ici, ne s'était jamais produit dans les TPE. Nous avons cessé d'être perçus comme des inspecteurs du travail ou des contrôleurs de la CRAM bis ! Soyons francs : ils ne nous voient plus enfin uniquement comme des machines à délivrer le papier magique : la fiche d'aptitude !

Pour toute l'équipe, cette activité en milieu de travail devient la plus importante, car dans les entreprises qui nous rappellent en intervention, nous percevons une réelle volonté d'améliorer les conditions de travail dans la mesure où nous les guidons sur un chemin précis à parcourir. Une fois la confiance acquise, ils nous sollicitent sans craindre de nous avouer qu'ils ne savent pas faire.

Nous pensions au début métrologies, mesures diverses, rapports de visite, courriers... En fait sans accompagnement précis, ces TPE ne peuvent évoluer : **elles veulent du concret, des solutions...**

C'est ce que nous apporte, sur le plan technique et organisationnel, l'**IPRP à double compétence** (préventeur et ancien chef de chantier du BTP). Il connaît leur métier et surtout leurs difficultés. **Il peut facilement optimiser l'organisation du travail et apporter des solutions techniques d'amélioration des conditions de travail.**

Bien entendu, ces améliorations sont progressives et en plus d'aide et d'accompagnement, ces TPE ont besoin de reconnaissance pour les progrès effectués. Nos passages réguliers devraient apporter cet encouragement nécessaire.

C'est notre perception actuelle, susceptible bien sûr d'évoluer : **inculquer une culture de la prévention**, par une politique de petits pas, tel est l'objectif que nous nous sommes fixé.

Conclusions

La situation actuelle (pénurie de médecins, forte activités du BTP) limitait de plus en plus le rôle du médecin à de la prévention secondaire (surveillance médicale des salariés) n'ayant plus assez de temps pour agir suffisamment sur le milieu du travail, notamment vis à vis des TPE.

Ces difficultés croissantes nous ont amenés à **réfléchir à un autre mode de fonctionnement**, capable non seulement de pallier à la pénurie progressive de médecins du travail, mais surtout de nous orienter vers **plus de prévention primaire** tout en conservant, autant que possible, un **contact médical annuel**.

La délégation de tâches à des infirmières du travail, permet d'atteindre ces objectifs à l'heure actuelle :

- 1) **Par une gestion des conditions de travail et une surveillance médico-professionnelle adaptée.**

Le contenu de la partie médicale a été redéfini avec comme objectif de **mieux faire le lien « activité professionnelle / altération de la santé »** :

- en assurant une gestion des maladies à caractère professionnel et une traçabilité des activités potentiellement responsables.
- en espérant prévenir l'apparition de Maladies Professionnelles par des interventions plus précoces sur les lieux de travail.

- 2) **En multipliant par 3 les actions en milieu du travail.** En lieu et place des 150 vacations annuelles obligatoires pour le médecin, l'équipe médicale peut maintenant réaliser 405 vacations d'actions en milieu du travail avec comme **objectif d'aider les TPE à améliorer leurs conditions de travail en s'attaquant d'abord aux risques majeurs.**

Il faudra du temps pour mettre tout ceci en place. Il faut bien déterminer les besoins des entreprises, mettre en place une réponse, faire un bilan et ne pas hésiter à modifier les procédures... Depuis septembre 2007, nous évoluons en permanence.

Nous espérons que les textes réglementaires en cours de gestation nous laisseront au moins une certaine marge de manœuvre pour poursuivre ce type d'action. Nous craignons que, comme souvent hélas, ils soient inadaptés aux TPE, et encore une fois inapplicables. **Or, c'est dans les TPE que l'intervention des services de santé au travail est la plus indispensable.**