

## **Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

Entre,

➤ Le Service Inter-entreprises de Santé au Travail de la Vienne, représenté par son Président Maître Jean Pierre BOSSÉ,

➤ La Caisse d'Assurance Retraite de la Santé au Travail du Centre Ouest (CARSAT) représentée par le Directeur Général Madame Martine FRANCOIS,

➤ La Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE), représentée par le Directeur Régional Jean François ROBINET,

Vu la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et plus spécifiquement sa transposition dans les articles L.4622-10 et L.4622-14 du code du travail ;

Vu le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail et plus spécifiquement sa transposition dans les articles D.4622-44, D.4622-45, D.4622-46 et D.4622-47 du code du travail;

Vu l'agrément du Service de santé au travail de la Vienne ;

Vu le projet de Service pluriannuel 2014-2018 du Service de Santé au Travail de la Vienne.

Vu le plan régional de santé au travail (PRST) Poitou-Charentes 2010-2014 ;

Vu le contrat pluriannuel de gestion 2014-2017 ;

Vu l'avis de la Commission restreinte du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) en date du... ;

Vu l'avis de l'ARS POITOU-CHARENTES en date du... ;

Il a été expressément convenu ce qui suit,

### **Titre 1. L'objet du contrat**

#### ***Prolégomènes***

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires, la Direccte Poitou-Charentes, la CARSAT centre Ouest et le Service de Santé au Travail inter-entreprises de la Vienne signataire conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagements réciproques tant dans les actions entreprises que dans l'évaluation des résultats attendus en fonction des objectifs préalablement définis en commun.

Ainsi et conformément à l'article D.4622-45, ce contrat définit des actions visant à :

- mettre en œuvre les priorités d'actions du projet pluriannuel et faire émerger les bonnes pratiques ;
- améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et les conditions de travail ;
- promouvoir une approche collective et concertée ainsi que les actions en milieu de travail ;

- mutualiser, y compris entre les services de santé au travail de la région, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises ;
- cibler des moyens et des actions sur des 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.

## Article 1- Les fondements

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) vise à mettre en œuvre les actions prioritaires du projet de Service pluriannuel en cohérence avec les objectifs régionaux, définis dans le cadre notamment du PRST et de la déclinaison territoriale de la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP.

Le CPOM se veut un outil articulé autour d'une vision de l'avenir réaliste, crédible et mobilisatrice des services chargés de la prévention des risques professionnels.

Le CPOM positionne ainsi les services de santé au travail au cœur de la prévention des risques professionnels.

## Article 2- Eléments de diagnostic du territoire sur lequel intervient le Service de Santé au Travail inter-entreprises de la Vienne.

*A propos des sources de données*

*Pour chaque source qui sera citée dans cette partie 2, nous analyserons sa provenance, sa signification et pertinence, les moyens de contrôle à notre disposition, et les moyens qui pourraient être envisagés pour en améliorer la fiabilité et donc la portée décisionnelle qui peut être associée.*

### II.1 Eléments AT

A titre d'illustration, le tableau ci-dessous indique les éléments d'accidents du travail pour le département de la Vienne :

*Tableau 1 – accidents du travail en Vienne*

Données / année	2007	2008	2009	2010	2011
Nb d'entreprises	13 139	13 309	13 247	13 067	13 088
Nb de salariés	117 602	120 828	117 472	120 287	117 966
AT avec arrêt	4 955	4 787	3 817	4 243	3 923
AT avec rente	191	161	169	153	170
AT mortels	7	4	6	3	0
Indice de fréquence	42	40	33	35	33

**Provenance** : CARSAT, **Signification** : déclaration à la CARSAT par les employeurs.

**Pertinence** : élevée, avec risque de sous – déclaration. Moyens de contrôle : CARSAT et Inspection du travail.

**Proposition d'amélioration de la fiabilité** : envoi parallèle des déclarations AT au médecin du service de santé au travail.

Le nombre d'accidents de travail avec arrêt décroît régulièrement, de même que les accidents avec rente et les accidents mortels.

L'indice de fréquence décroît également régulièrement.

## **II.2 maladies professionnelles**

*Tableau 2 - maladies professionnelles pour le département de la Vienne :*

Affection - Année	2007	2008	2009	2010	2011
affections des articulations	365	433	400	497	364
affections du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle	15	14	13	16	15
affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante	11	6	8	10	4
Lésions chroniques du ménisque	3	7	11	2	7
cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante			2	1	2
surdités professionnelles	7	2	1	2	1
affections du rachis lombaire provoquées par des vibrations	3	8	2	4	3
maladies professionnelles hors tableau		1	0	1	2
Lésions eczématiformes de mécanisme allergique	2	2		2	0
rhinites et asthmes professionnels					0
autres	5	9	4	9	2
total	411	482	441	544	400

**Provenance** : CARSAT, **Signification** : déclaration à la CPAM par les salariés, après certificat établi par un médecin, puis reconnaissance par la CPAM. **Pertinence** : élevée, avec sous – déclaration en raison des définitions des tableaux de maladie professionnelle. **Moyens de contrôle** : aucun. **Proposition d'amélioration de la fiabilité** : dans un premier temps, obtenir de la CARSAT les déclarations de maladies professionnelles non reconnues.

La grande majorité des maladies reconnues concerne des affections articulaires, et les autres pathologies sont extrêmement réduites.

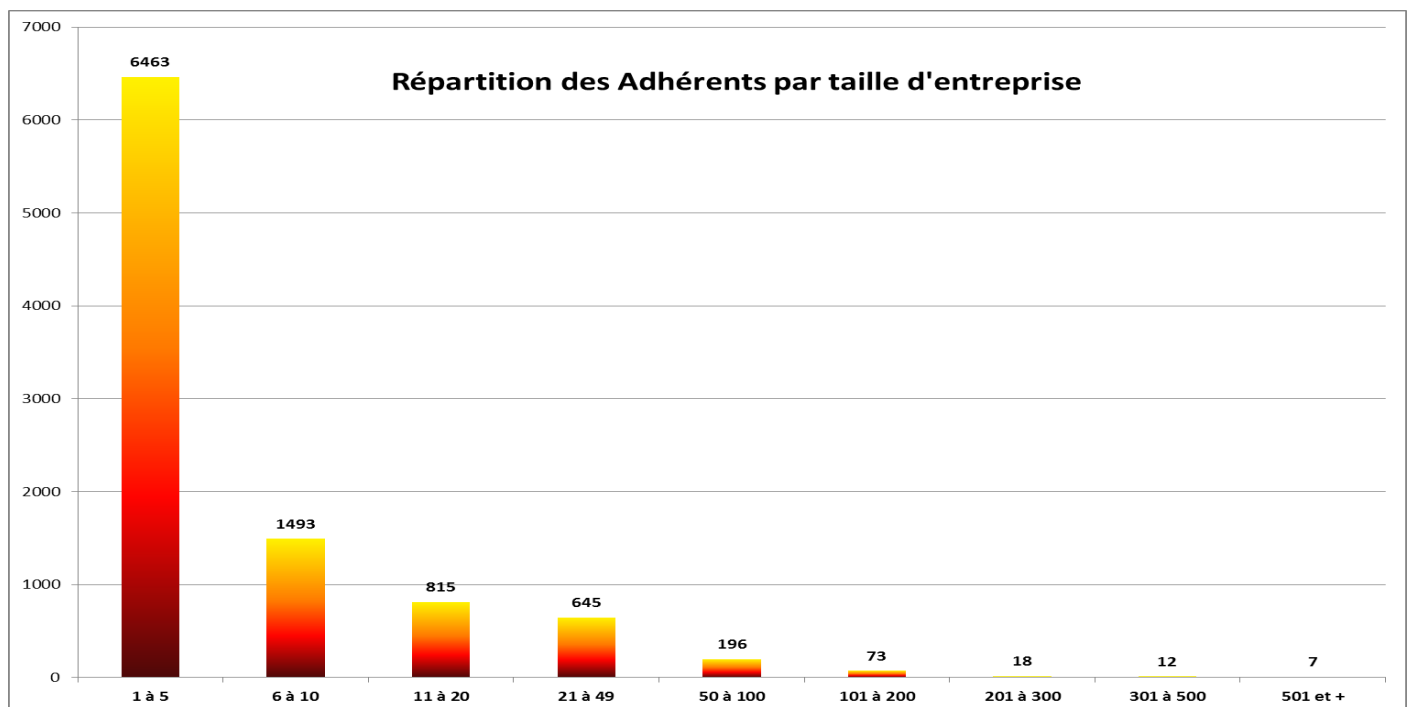
### **II.3 Statistiques descriptives des entreprises et des salariés suivis par l'ASSTV**

**Provenance** : ASSTV - L'analyse des statistiques descriptives est effectuée sur la base Préventiel avec l'outil Business Objects. Les chiffres sont arrêtés au 3<sup>ème</sup> trimestre 2012 en raison de notre décalage d'appel de cotisation qui court sur le premier trimestre 2013. **Signification** : déclaration à l'ASSTV sur le bordereau de cotisation (3<sup>ème</sup> trimestre 2012). Codes APE (activité principale exercée) définis par l'administration. **Pertinence** : élevée, avec sous – déclaration possible sur les effectifs. **Moyens de contrôle** : document DADS et règlementaires. **Proposition d'amélioration de la fiabilité** : contrôle de cohérence des déclarations sur un échantillon.

#### **II.3.1 portefeuille des Adhérents**

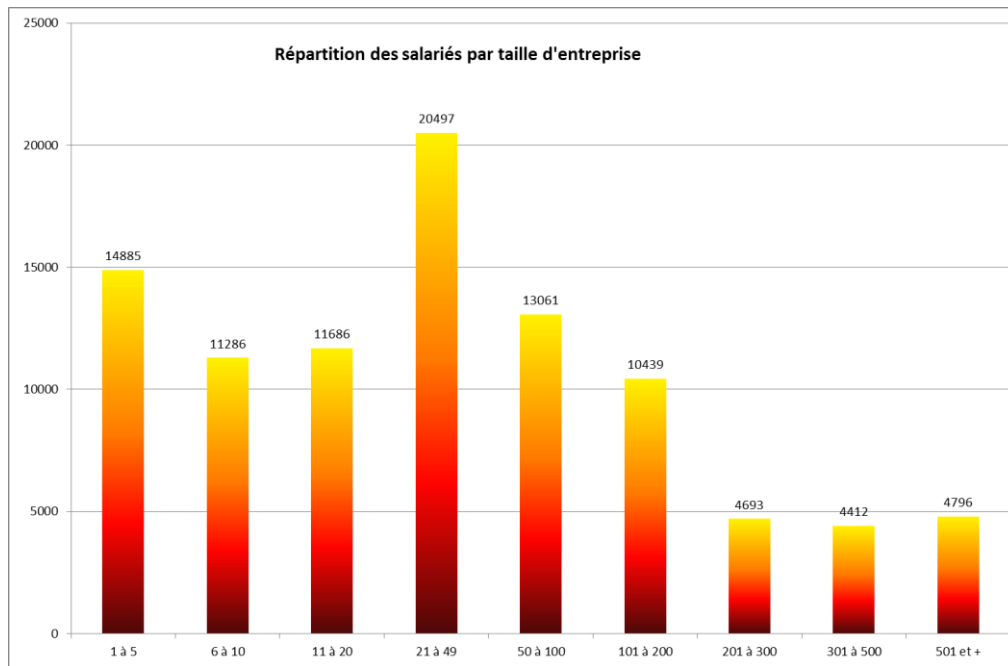
Nous avons 9722 adhérents et 95 755 salariés déclarés dans les entreprises. Ces deux chiffres ne tiennent pas compte des entreprises suivies « au forfait » tels que les intérimaires.

Graphique 1

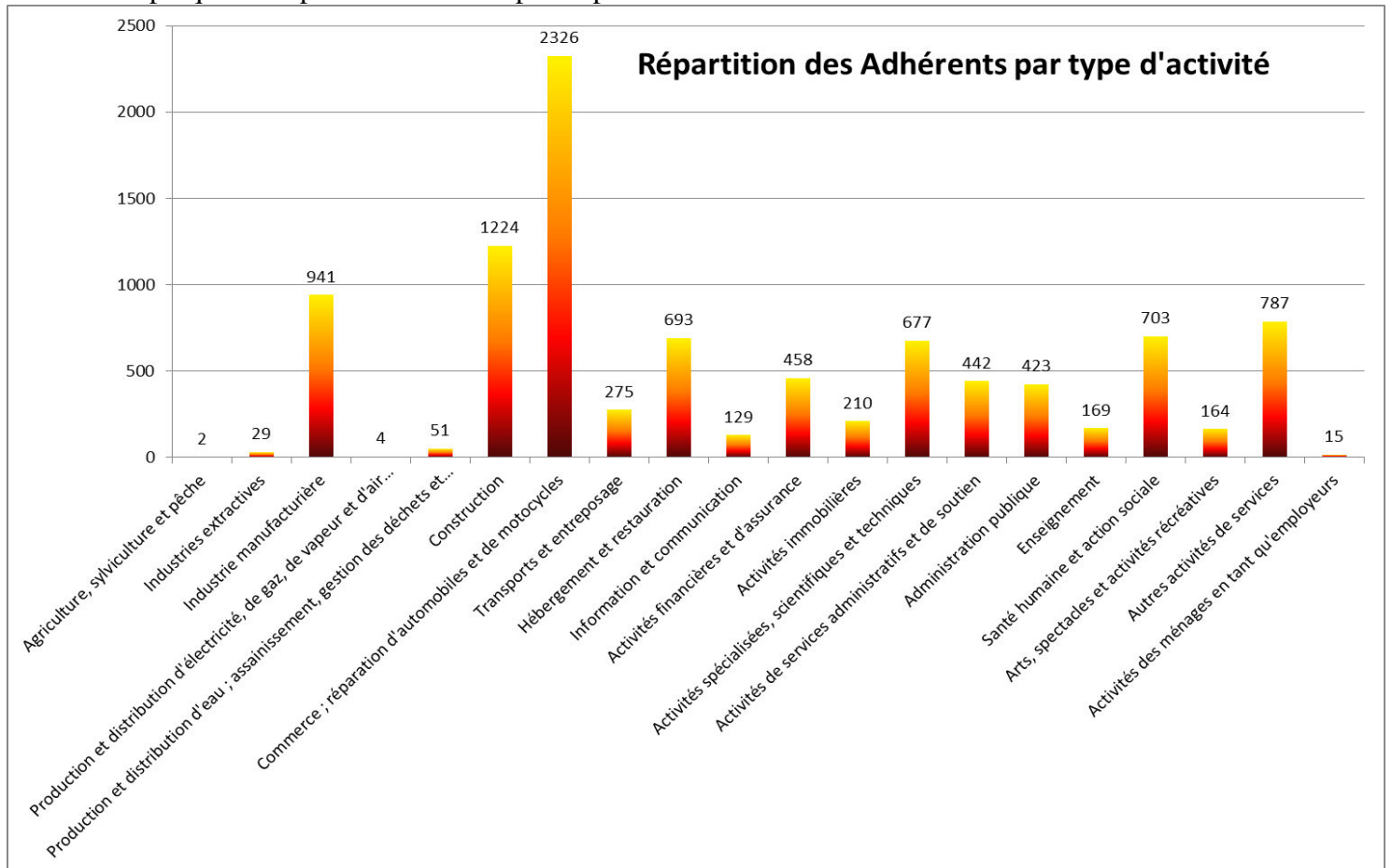


90% de nos adhérents déclarent moins de 20 salariés. 306 entreprises auraient un CHSCT sur la Vienne. Les entreprises de plus de 100 salariés (110) représentent seulement 1,13% du portefeuille.

Graphique 1-1



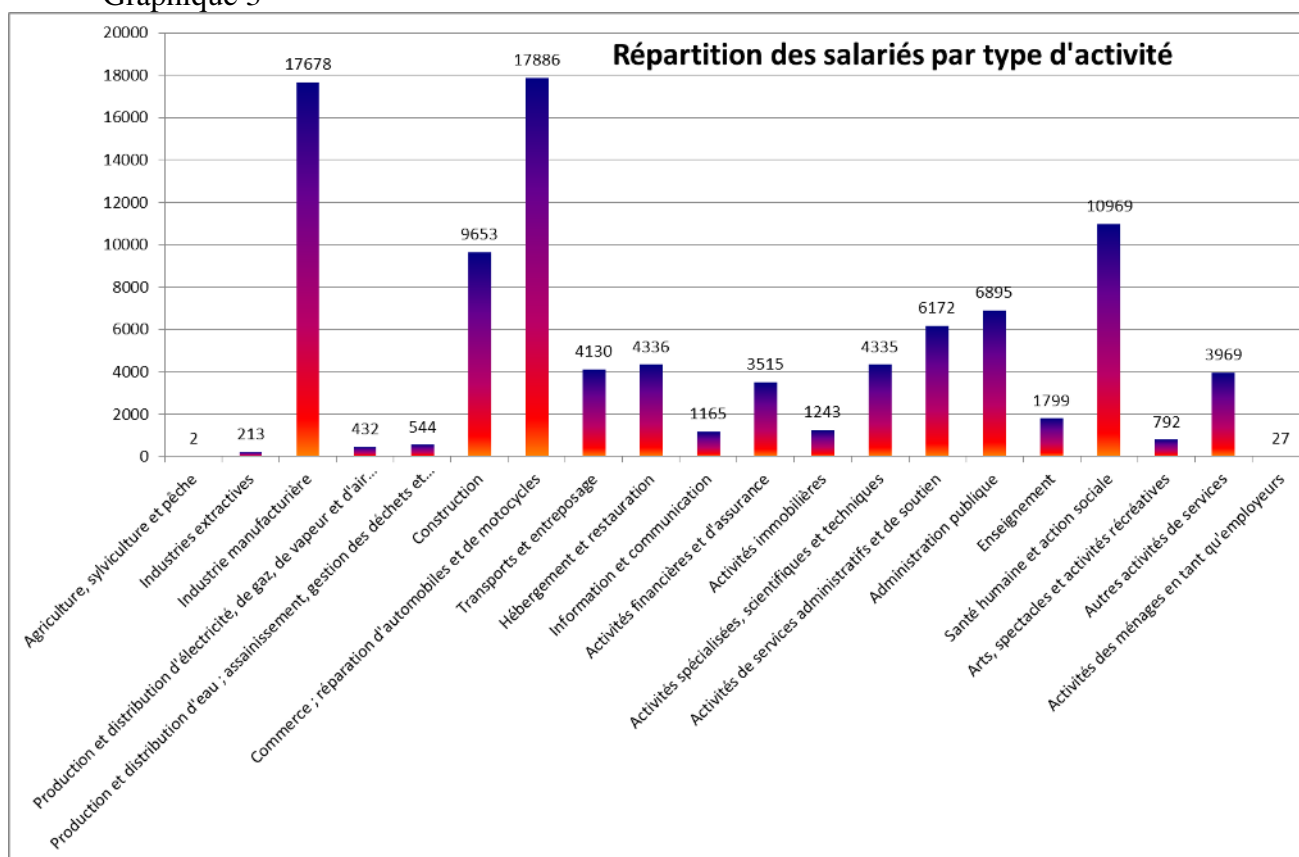
Graphique 2 : répartition des entreprises par code APE



Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	2326	17886
Construction	1224	9653
Industrie manufacturière	941	17678
Autres activités de services	787	3969
Santé humaine et action sociale	703	10969
Hébergement et restauration	693	4336
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	677	4335
Activités financières et d'assurance	458	3515
Activités de services administratifs et de soutien	442	6172
Administration publique	423	6895
Transports et entreposage	275	4130
Activités immobilières	210	1243
Enseignement	169	1799
Arts, spectacles et activités récréatives	164	792
Information et communication	129	1165
Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	51	544
Industries extractives	29	213
Activités des ménages en tant qu'employeurs	15	27
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	4	432
Agriculture, sylviculture et pêche	2	2

Les activités principales en nombre d'adhérents sont le commerce, la construction et l'industrie manufacturière. 4491 entreprises, soit 46% du total

Graphique 3



Activités	Entreprises	Salariés
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	2326	17886
Industrie manufacturière	941	17678
Santé humaine et action sociale	703	10969
Construction	1224	9653
Administration publique	423	6895
Activités de services administratifs et de soutien	442	6172
Hébergement et restauration	693	4336
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	677	4335
Transports et entreposage	275	4130
Autres activités de services	787	3969
Activités financières et d'assurance	458	3515
Enseignement	169	1799
Activités immobilières	210	1243
Information et communication	129	1165
Arts, spectacles et activités récréatives	164	792
Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	51	544
Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné	4	432
Industries extractives	29	213
Activités des ménages en tant qu'employeurs	15	27

Agriculture, sylviculture et pêche	2	2
------------------------------------	---	---

Les activités en termes d'effectifs sont le commerce, la réparation d'automobiles et de motos, l'industrie manufacturière et les activités liées à la santé humaine et l'action sociale, ils représentent 48% de l'effectif.

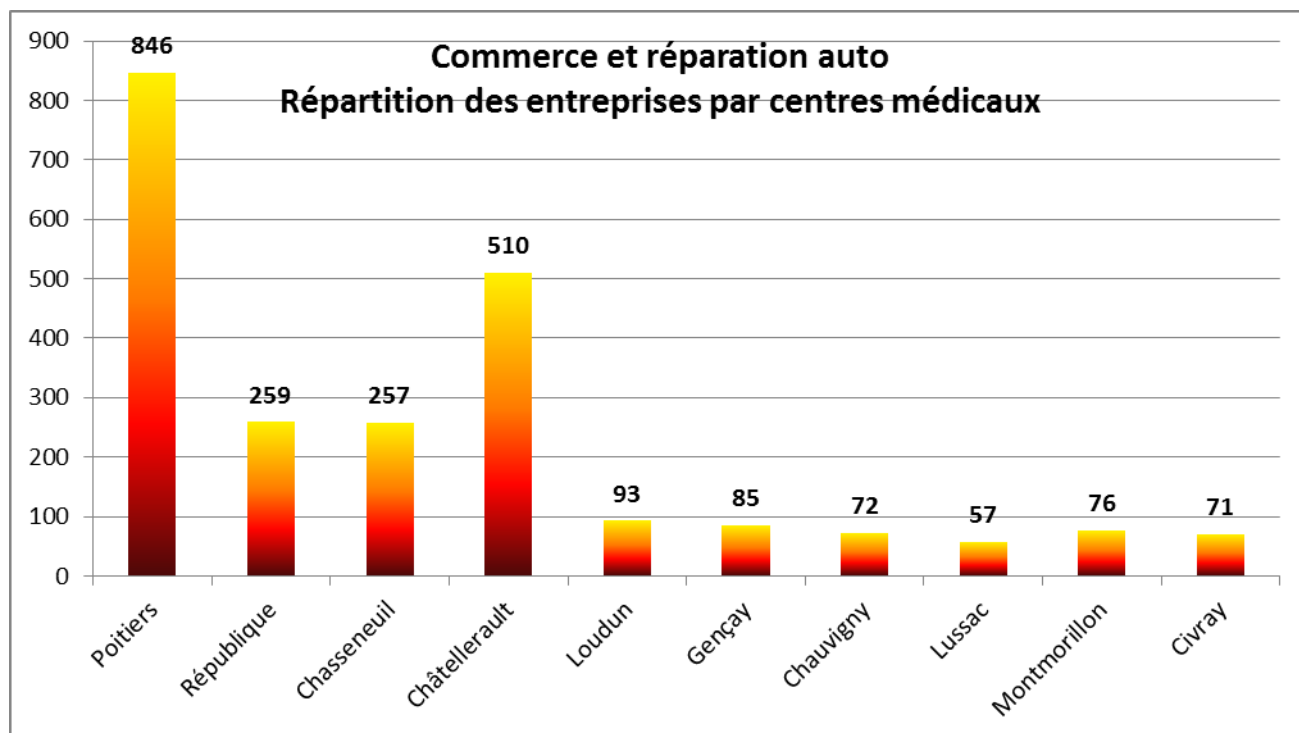
### **II.3.2 Situation géographique des entreprises et des salariés par type d'activité :**

Nous prenons dans cette illustration les effectifs les plus représentatifs par type d'activité économique, de la plus importante en terme de salariés occupés jusqu'à 4000 salariés.

#### **II.3.2.1 Représentation graphique du Commerce et de la réparation auto et moto**

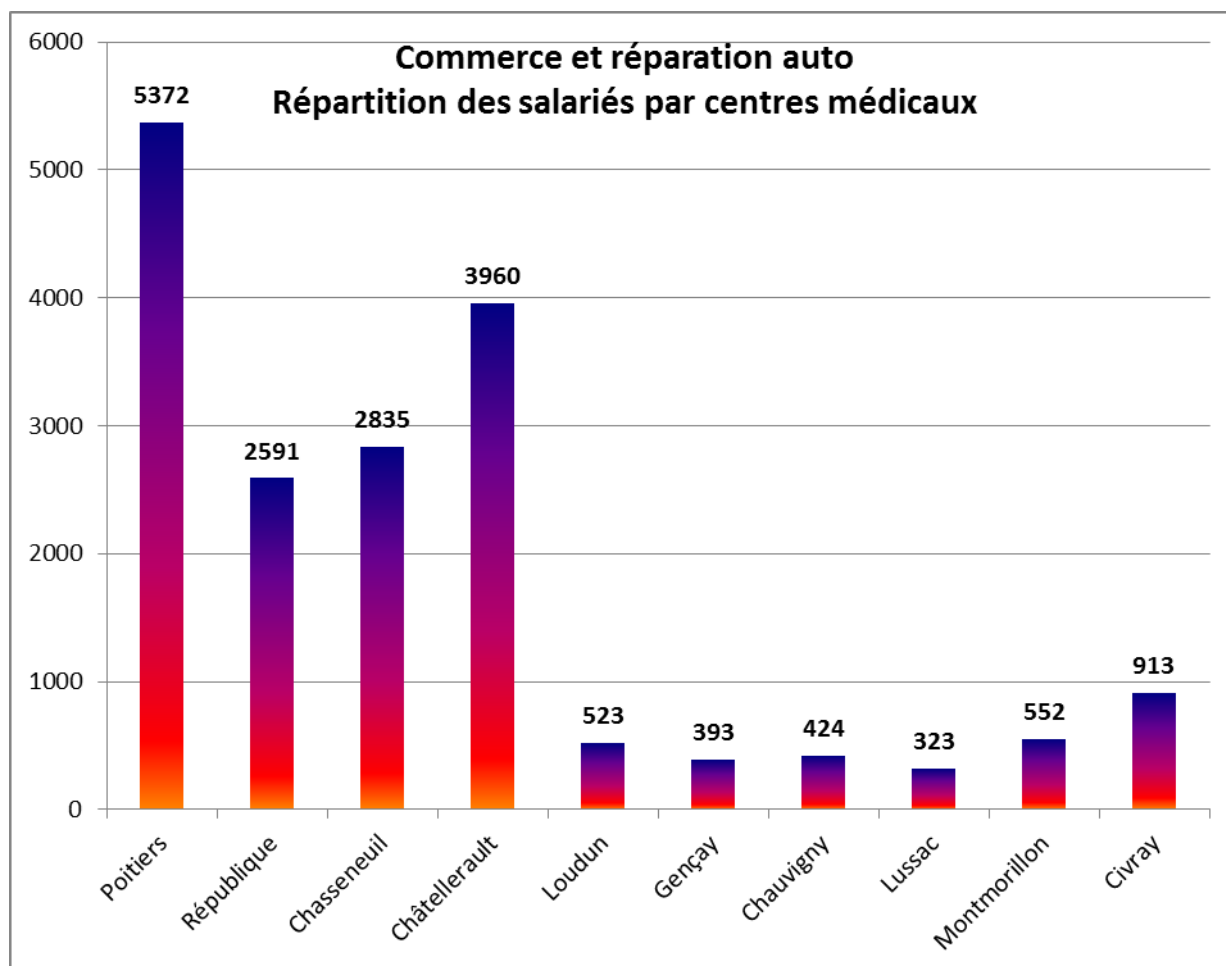
Les supermarchés représentent 2 267 salariés, les hypermarchés 1 718 salariés. Le commerce de gros (tous types) représente 4 876 salariés avec une concentration sur le Grand Poitiers. Le commerce et l'entretien et réparation de véhicules automobiles légers occupent 2 000 salariés dont une majorité sur la zone de Poitiers.

Graphique 4





Graphique 5

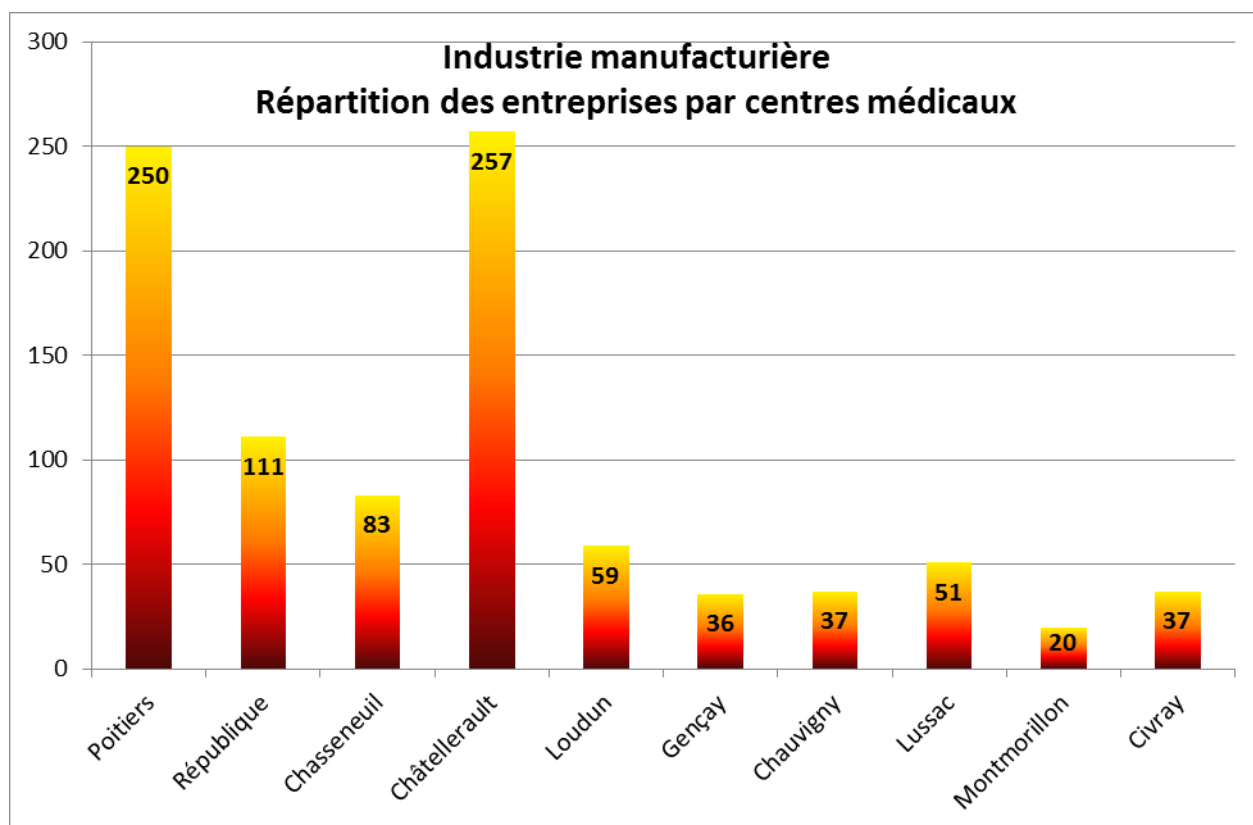


### II.3.2.2 Représentation graphique de l'Industrie manufacturière

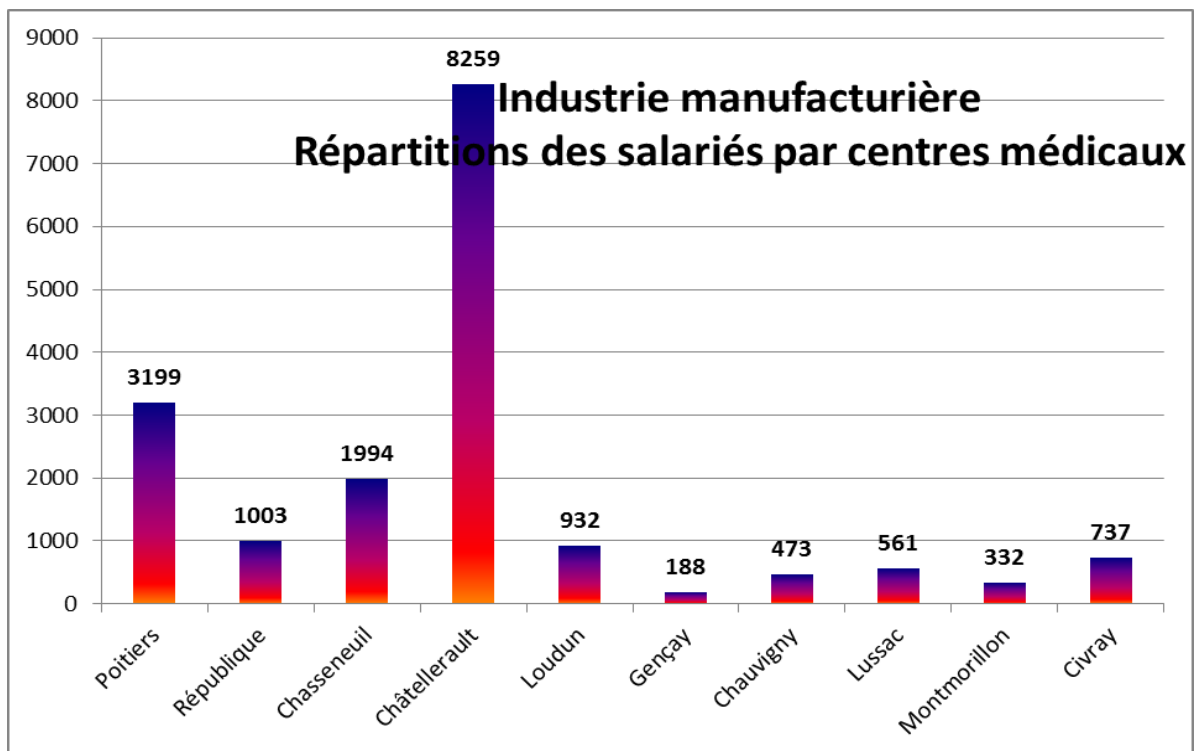
Les activités représentatives sont :

Le nombre d'entreprise de l'industrie manufacturière est globalement identique entre Poitiers et Châtelleraut, en revanche les effectifs de salariés sont 2.5 fois supérieur dans les entreprises du Châtelleraudais pour atteindre 8500 salariés uniquement dans ce type d'activité.

Graphique 6



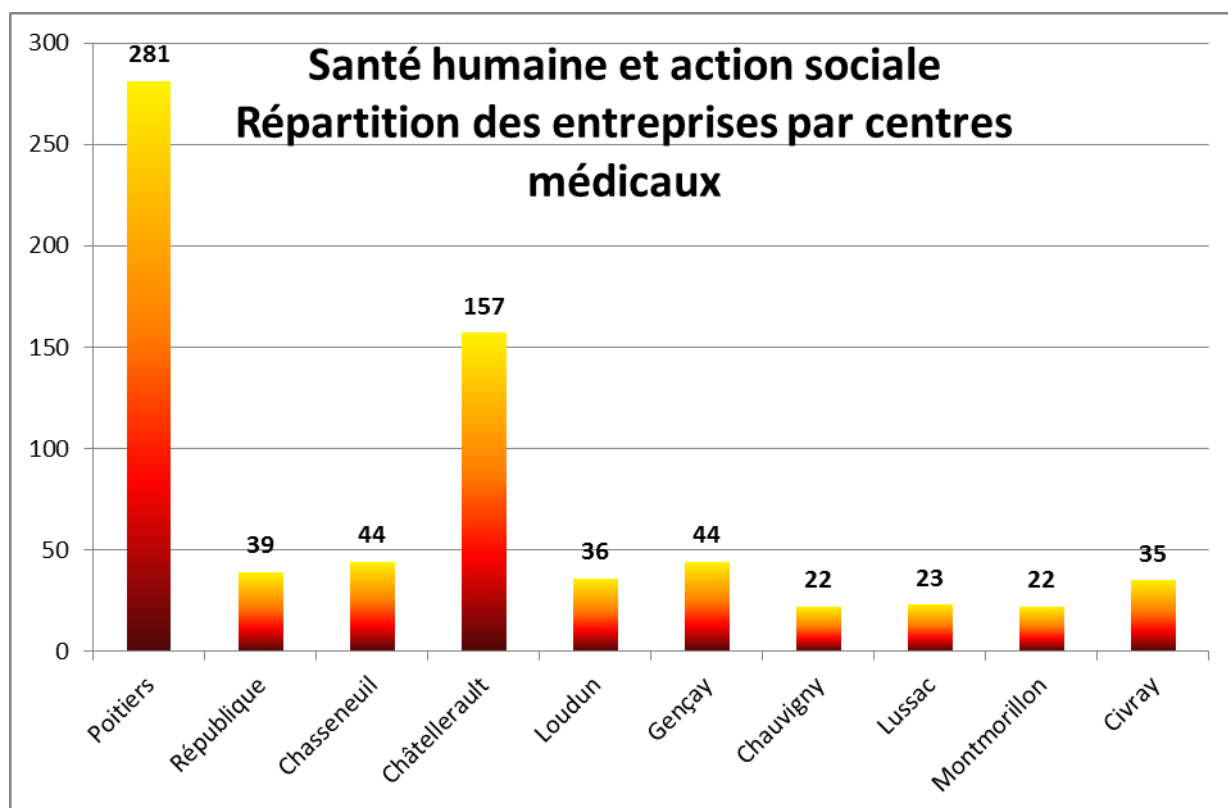
Graphique 7



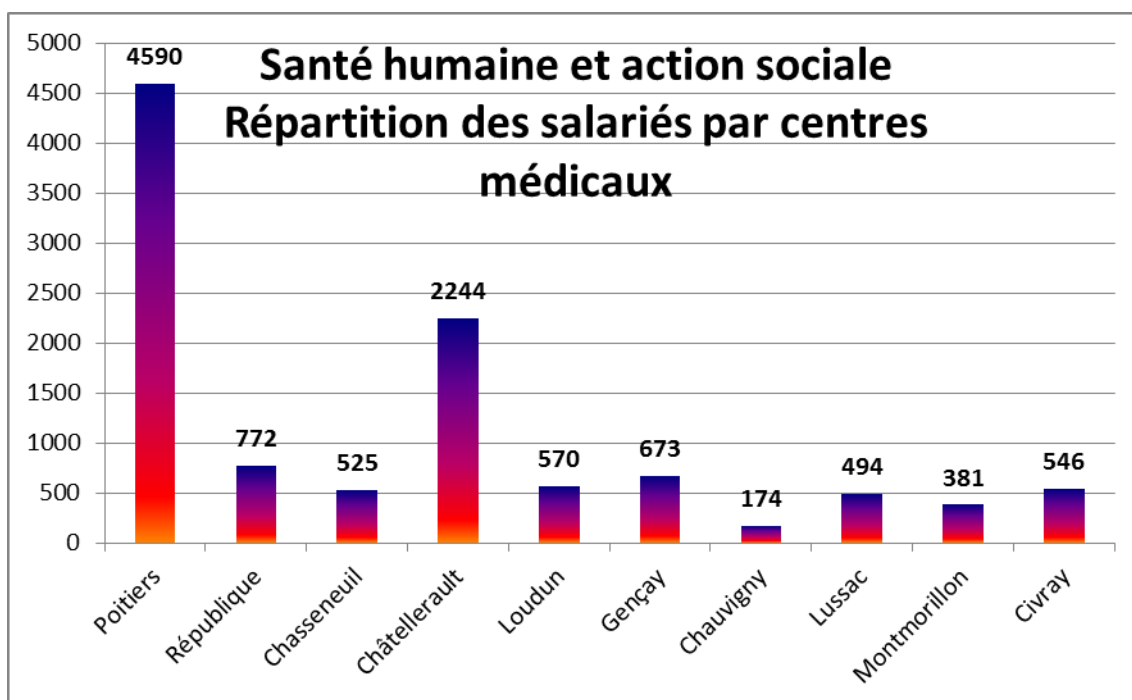
### II.3.2.3 Représentation graphique Santé humaine et action sociale

L'hébergement social et de personnes âgées occupent 4000 salariés, l'aide à domicile 2 000, l'accueil d'adultes handicapés 1 700, l'accueil d'enfants et d'adolescents 1 000, les Activités hospitalières concernent environ 1000 salariés, les médecins généralistes, spécialistes et pratique dentaire représentent 550 salariés, les activités d'ambulance 450 salariés, les laboratoires 240 salariés.

Graphique 8

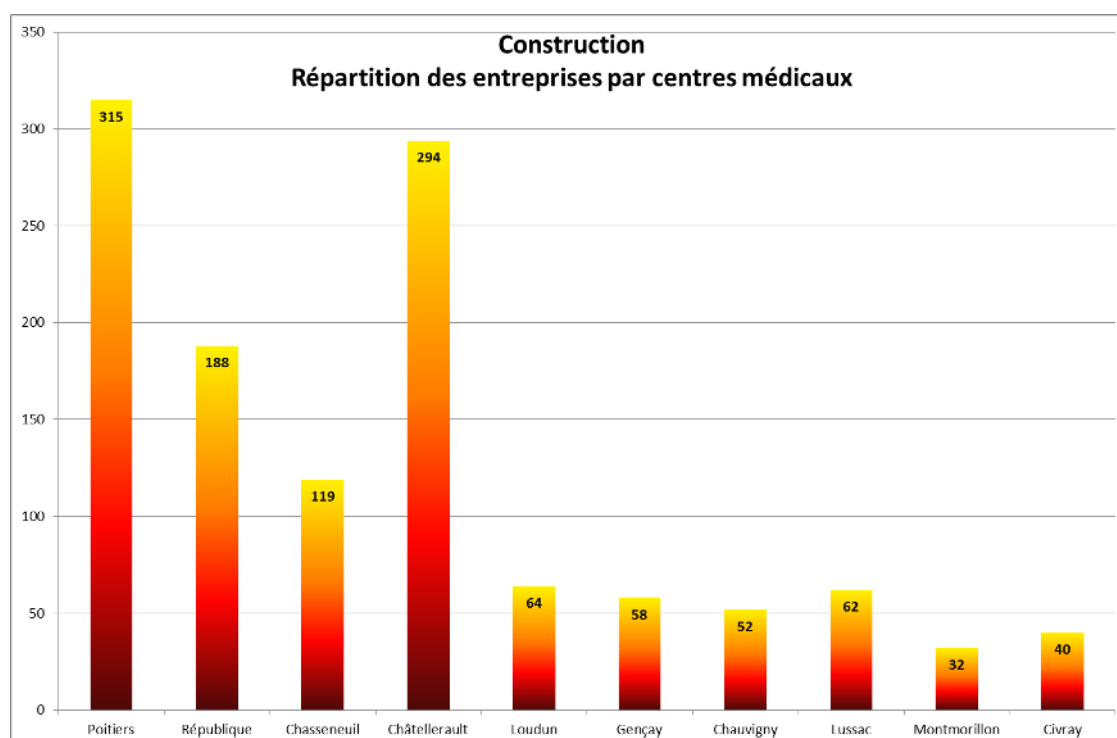


Graphique 9

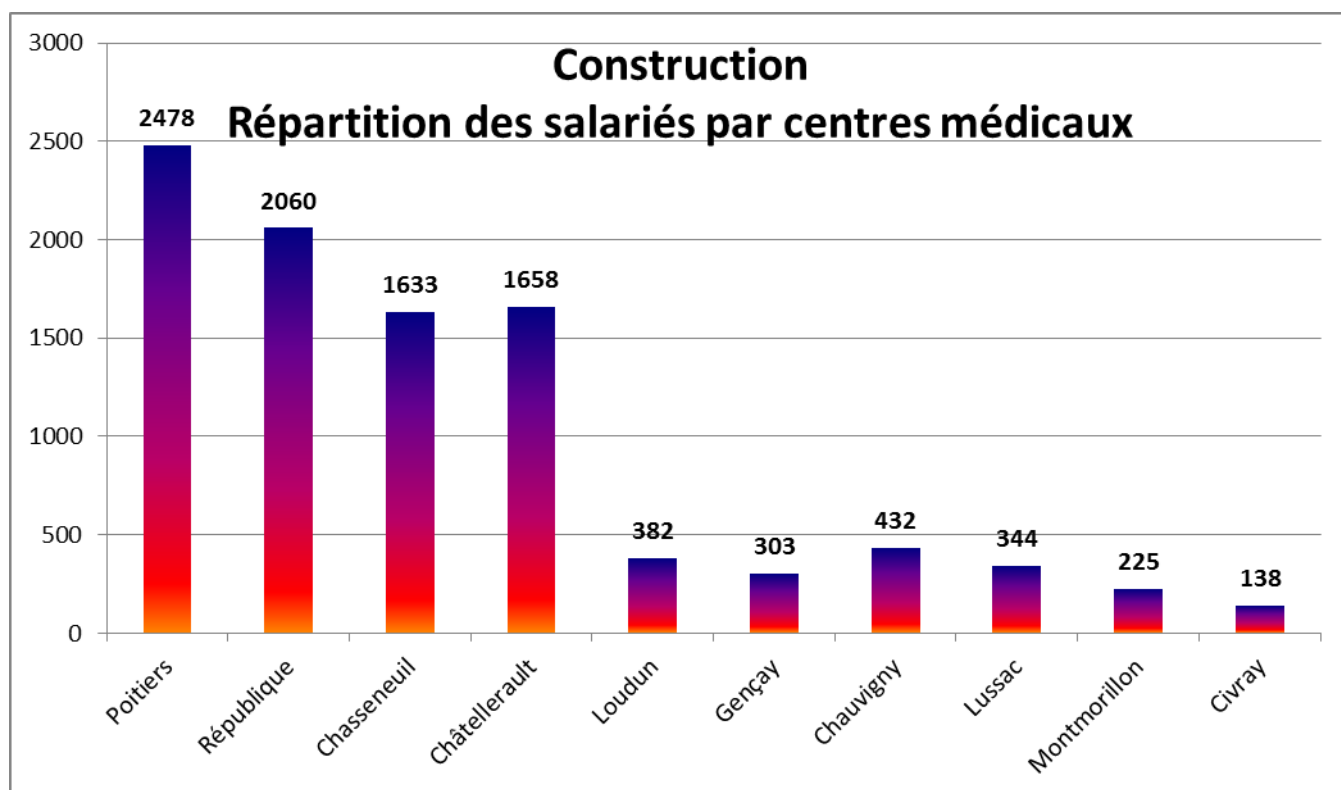


### II.3.2.4 Représentation graphique de la Construction

Graphique 10



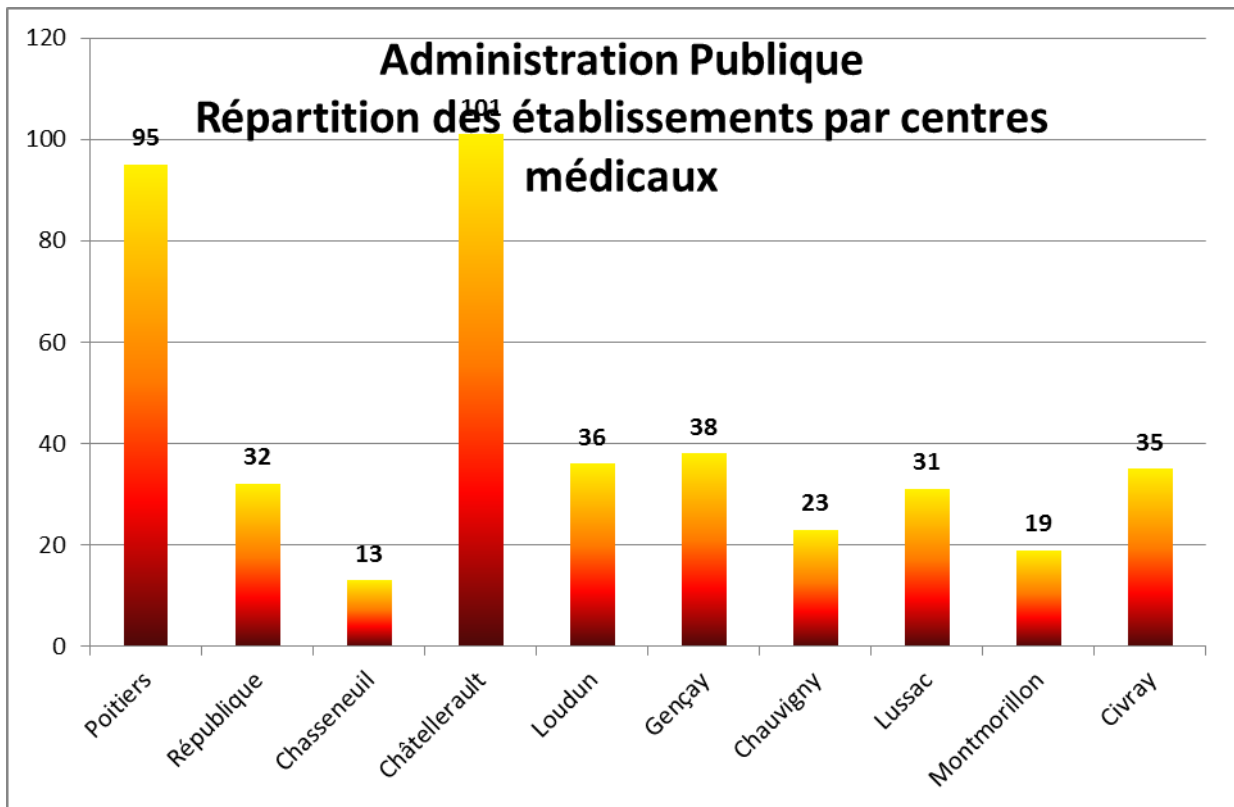
Graphique 11



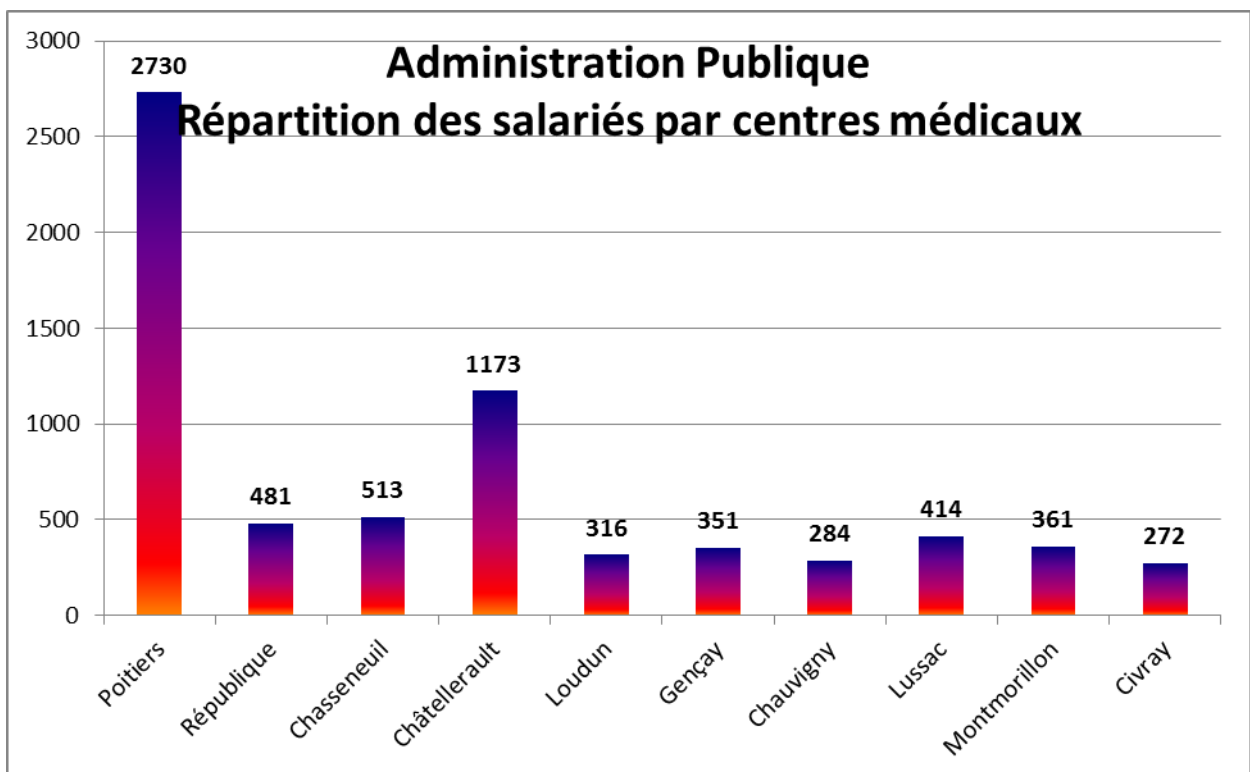
### II.3.2.5 Représentation graphique de l'Administration publique

Les mairies que nous suivons représentent 3574 salariés, Pôle emploi 345 salariés, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie 337 salariés, les syndicats mixtes et autres 93 salariés, l'URSSAF 81 salariés....

Graphique 12



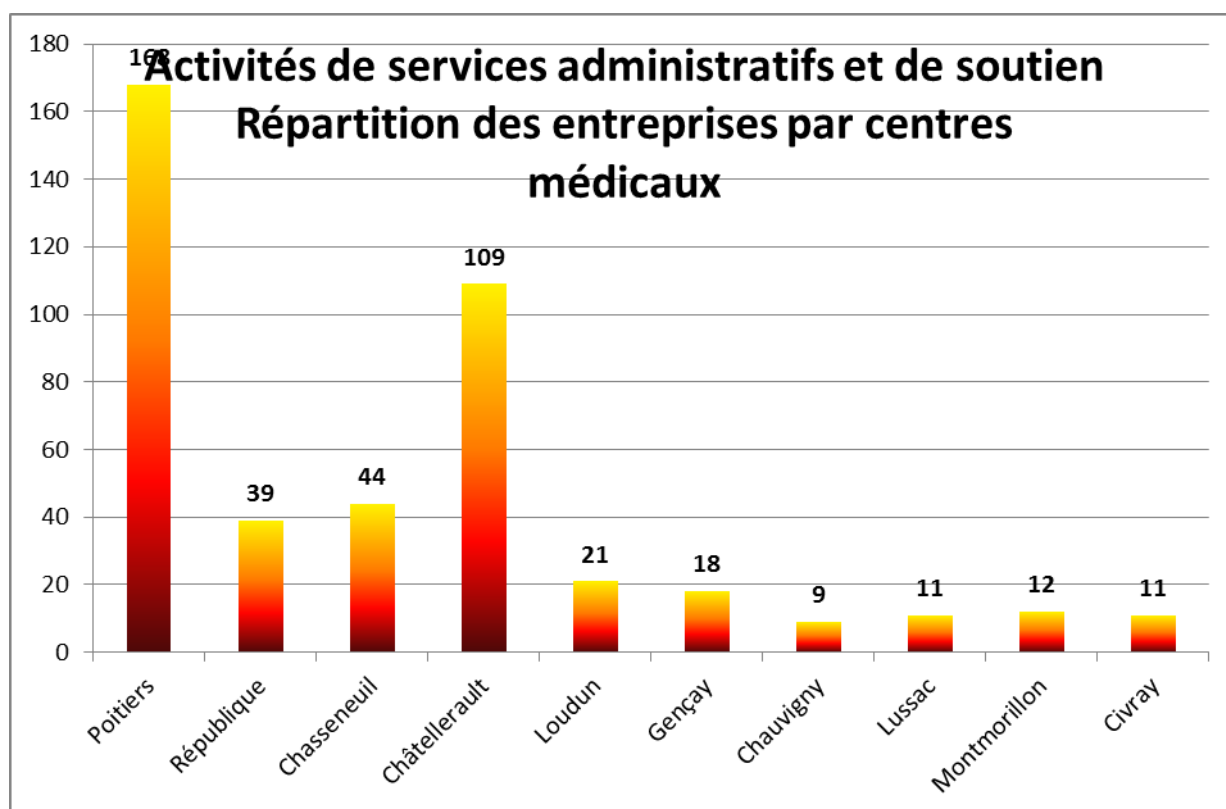
Graphique 13



### II.3.2.6 Représentation graphique des Activités de services administratifs et de soutien

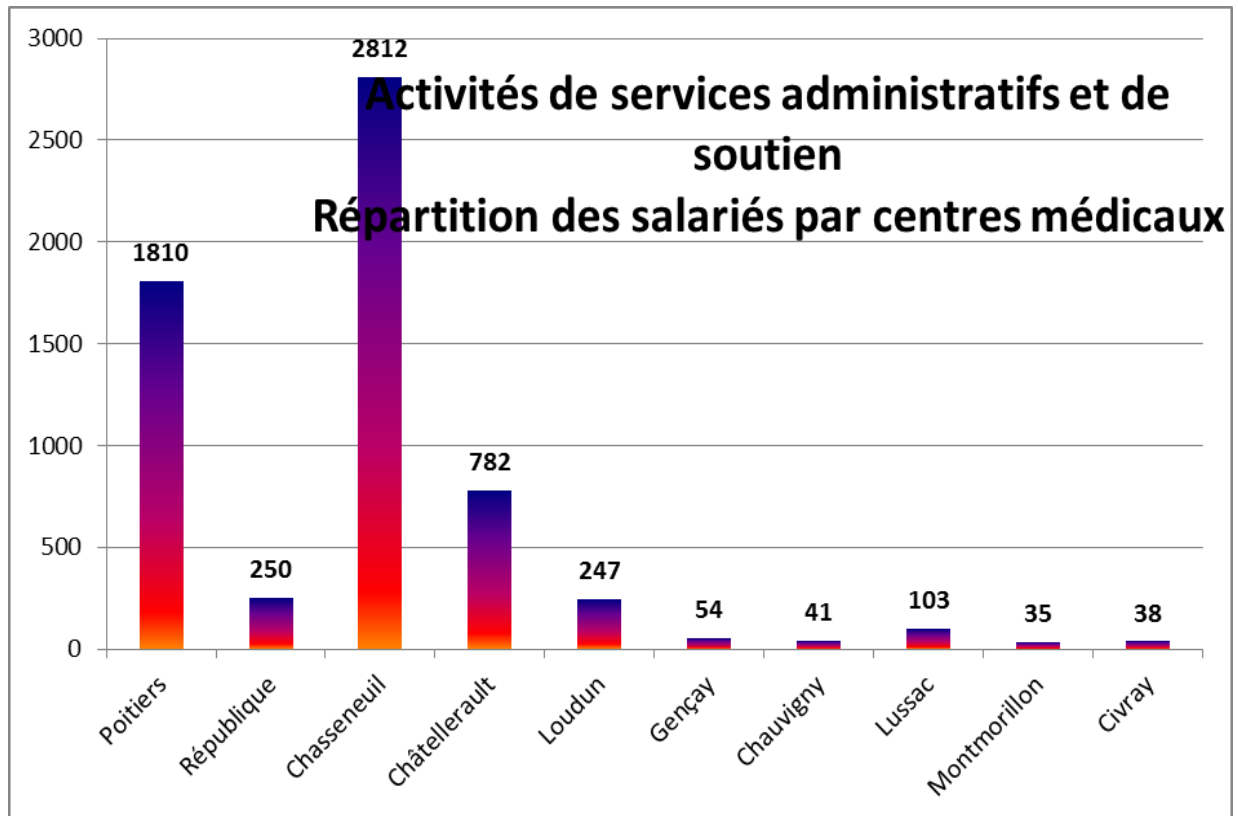
Activités de centres d'appels 2 590 salariés, Nettoyage courant des bâtiments 1 826 salariés, Photocopie, préparation de documents et autres activités spécialisées de soutien de bureau 272 salariés....

Graphique 14





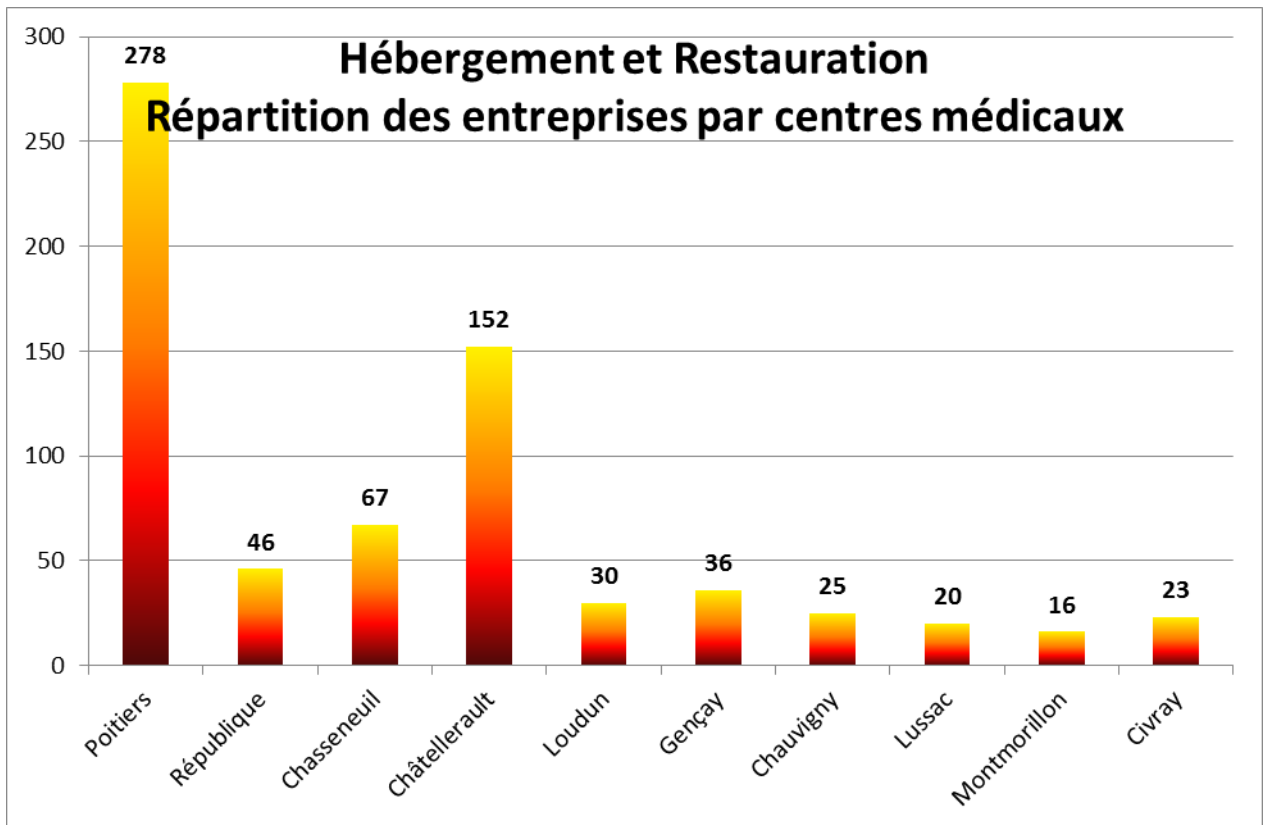
Graphique 15



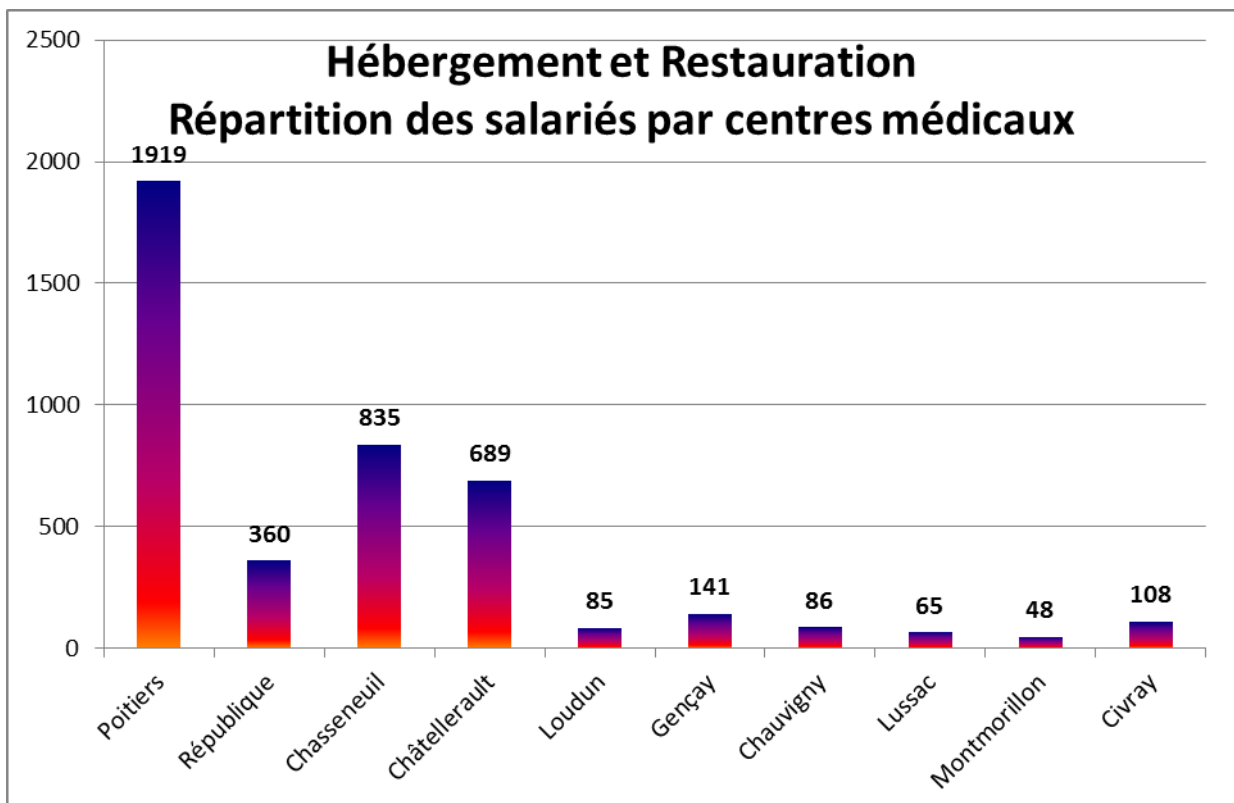
### II.3.2.7 Représentation graphique de l'Hébergement et de Restauration

Hôtels et hébergement similaire 966 salariés, Restauration de type rapide 932 salariés, Restauration collective sous contrat 298 salariés, Restauration traditionnelle 277 salariés, Débits de boissons 211 salariés, Traiteurs 157 salariés.....

Graphique 16



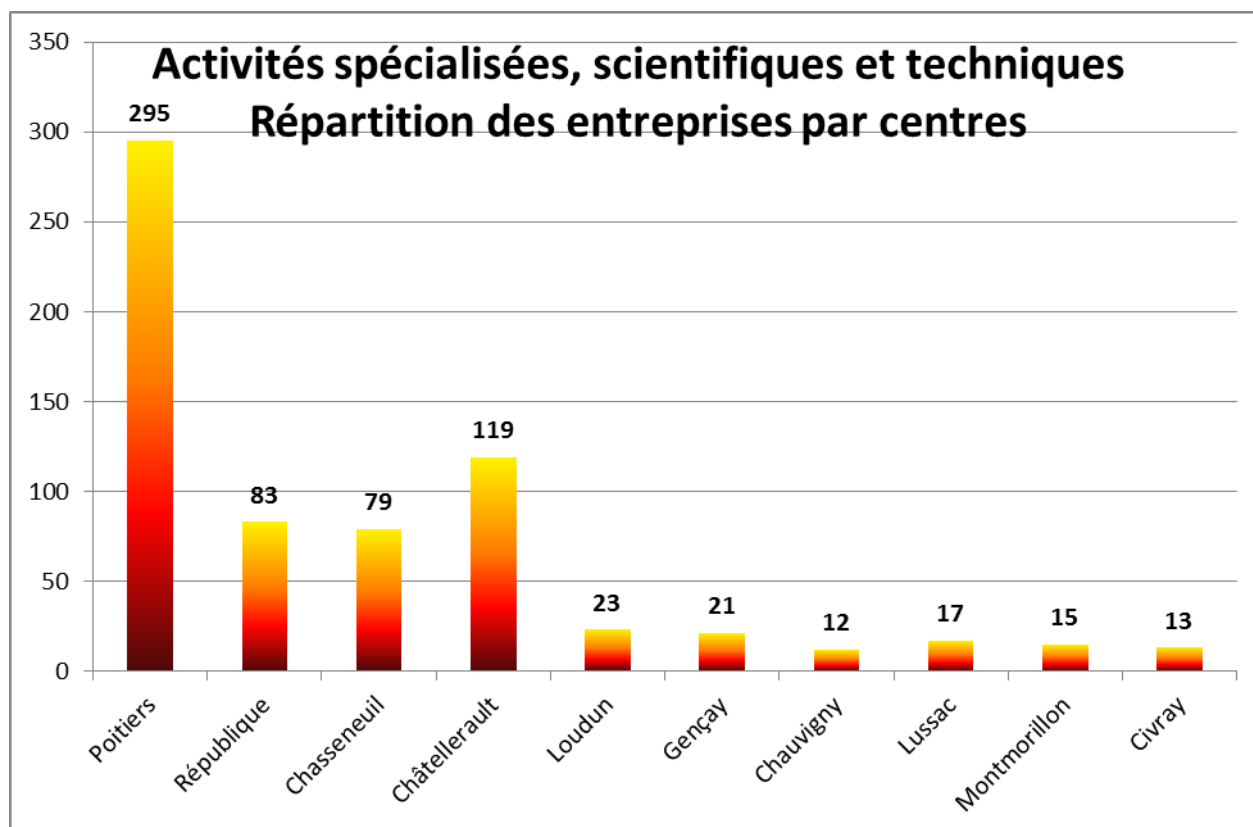
Graphique 17



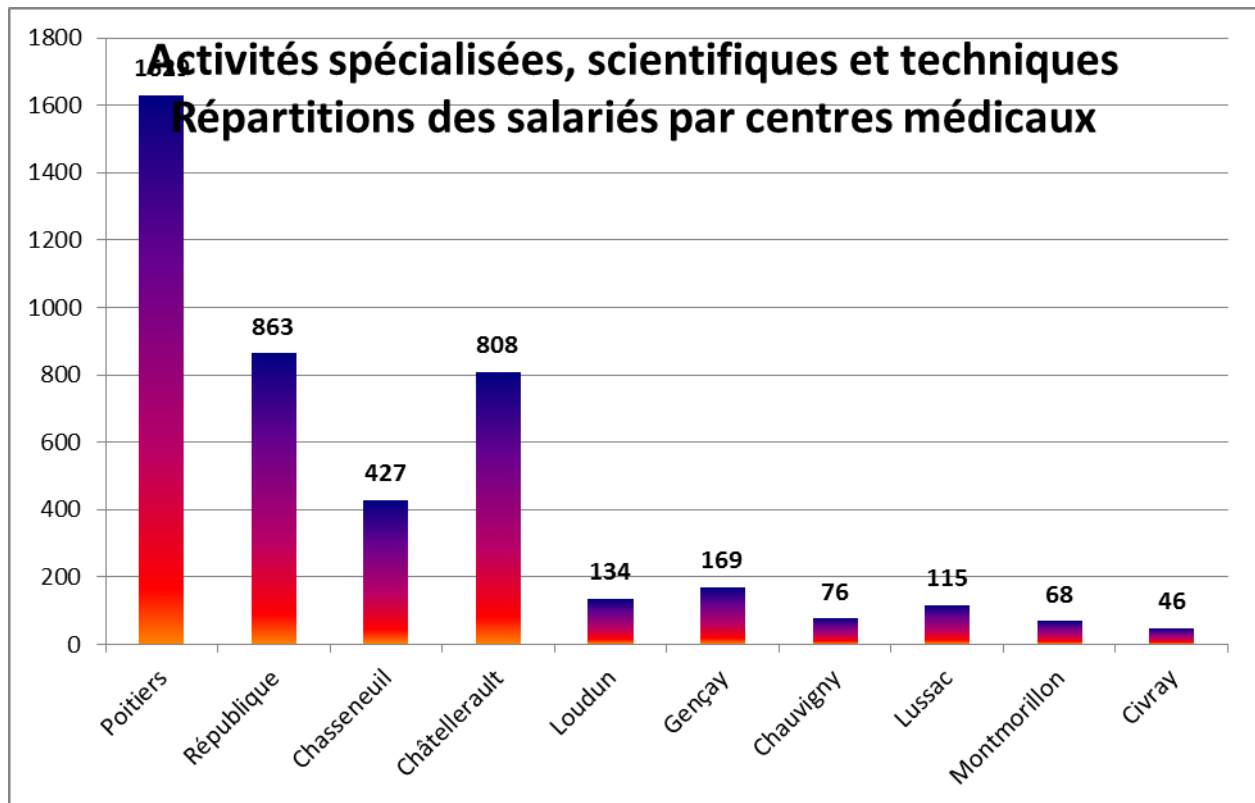
### **II.3.2.8 Représentation graphique des Activités spécialisées, scientifiques et techniques**

Activités juridiques 618 salariés, Activités comptables 658 salariés, Ingénierie, études techniques 655 salariés, Conseil pour les affaires et autres conseils de gestion 478 salariés, Activités des agences de publicité 473 salariés, Analyses, essais et inspections techniques 323 salariés, Activités d'architecture et de géomètre 272 salariés, Activités spécialisées, scientifiques et techniques diverses 230 salariés, Recherche-développement en autres sciences physiques et naturelles 164 salariés, Activités des sièges sociaux 135 salariés, Activités vétérinaires 130 salariés, Contrôle technique automobile 91 salariés...

Graphique 18



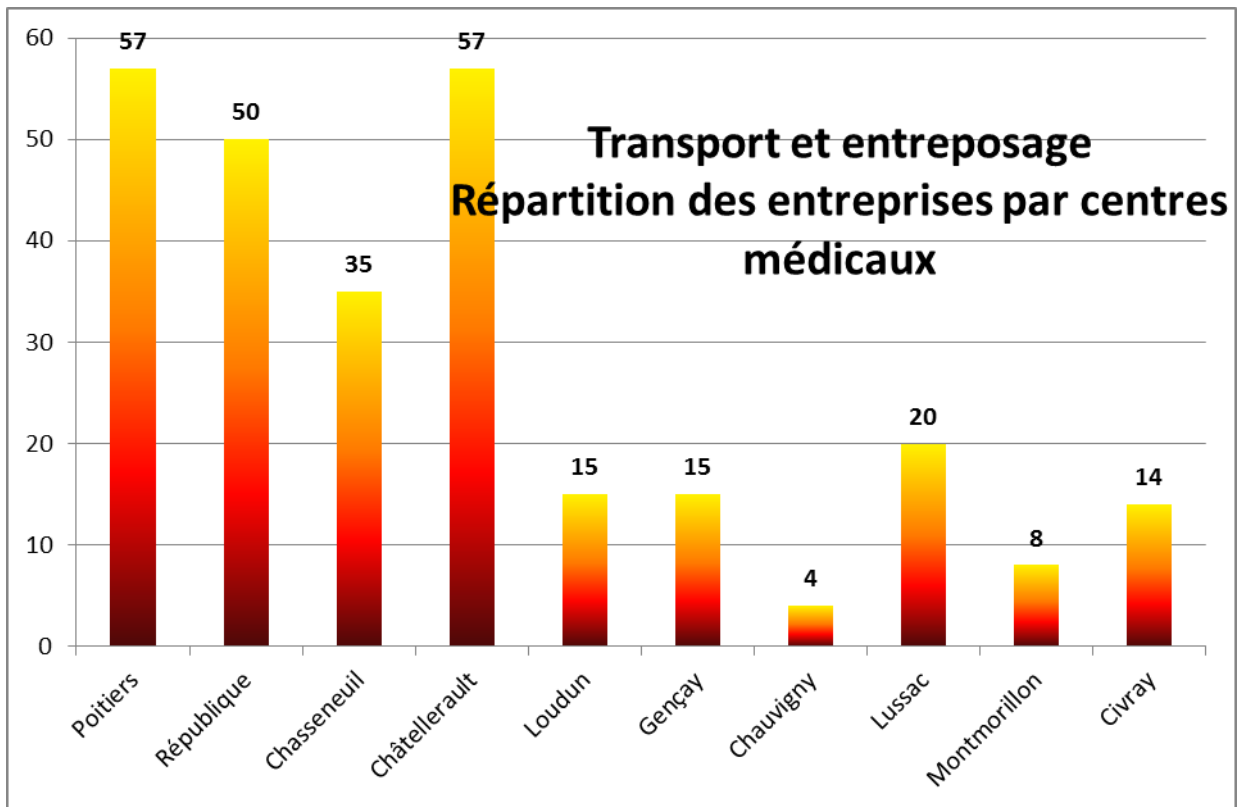
Graphique 19



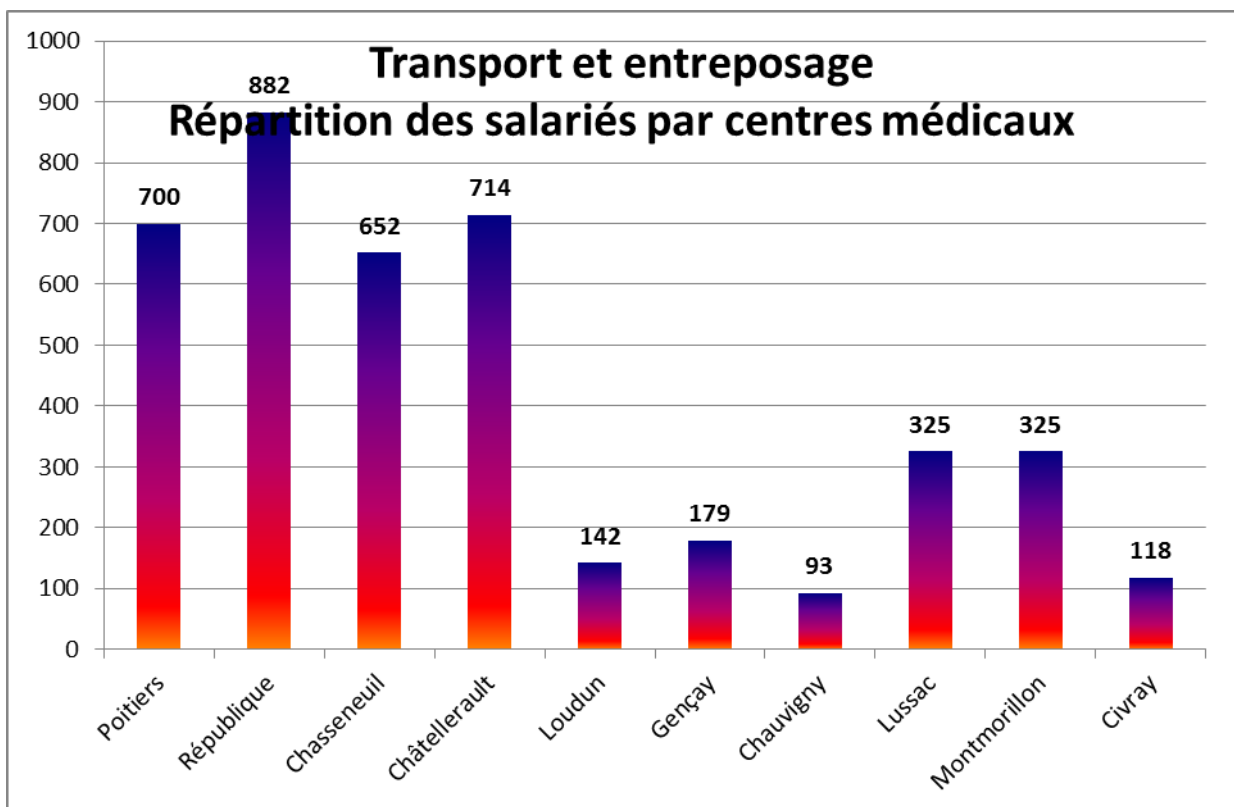
### II.3.2.9 Représentation graphique du Transport et de l'entreposage

Transports routiers de fret 2 105 salariés; Transports routiers réguliers de voyageurs 634 salariés; Messagerie, fret express 474 salariés ; Transports urbains et suburbains de voyageurs 303 salariés ; Services auxiliaires des transports terrestres 154 salariés ; Transports de voyageurs par taxis 77 salariés ; Location de camions avec chauffeur 50 salariés

Graphique 20



Graphique 21



## II.4 Statistiques descriptives des risques professionnels des salariés suivis

Provenance : ASSTV - L'analyse des statistiques descriptives est effectuée sur la base Préventiel DIST anonyme d'avril 2013 avec l'outil Business Objects. Pour les personnes vues après 2008, nous avons sommé les risques ouverts. **Signification** : déclaration dans le logiciel métier par les médecins de l'existence d'un risque, sans mention de durée **Pertinence** : basse, avec hétérogénéité des déclarations, objectif de traitement de données ajouté a posteriori. **Moyens de contrôle** : aucun sur ce traitement, mais contrôle sur échantillon envisageable dans l'avenir. **Proposition d'amélioration de la fiabilité** : information, standardisation en utilisant le référentiel Rnv3p.

A titre d'éclairage, le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (Rnv3p), regroupe, depuis 2001, les 32 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession).

Notre base comprend 641 839 risques professionnels pour 95 565 salariés soit 6,71 risques par salariés suivis. Il n'y a pas de notion de durée, et les données présentées le sont à titre d'illustration.

Les risques professionnels les plus présents pour toutes les catégories d'activités d'entreprises sont les suivants :

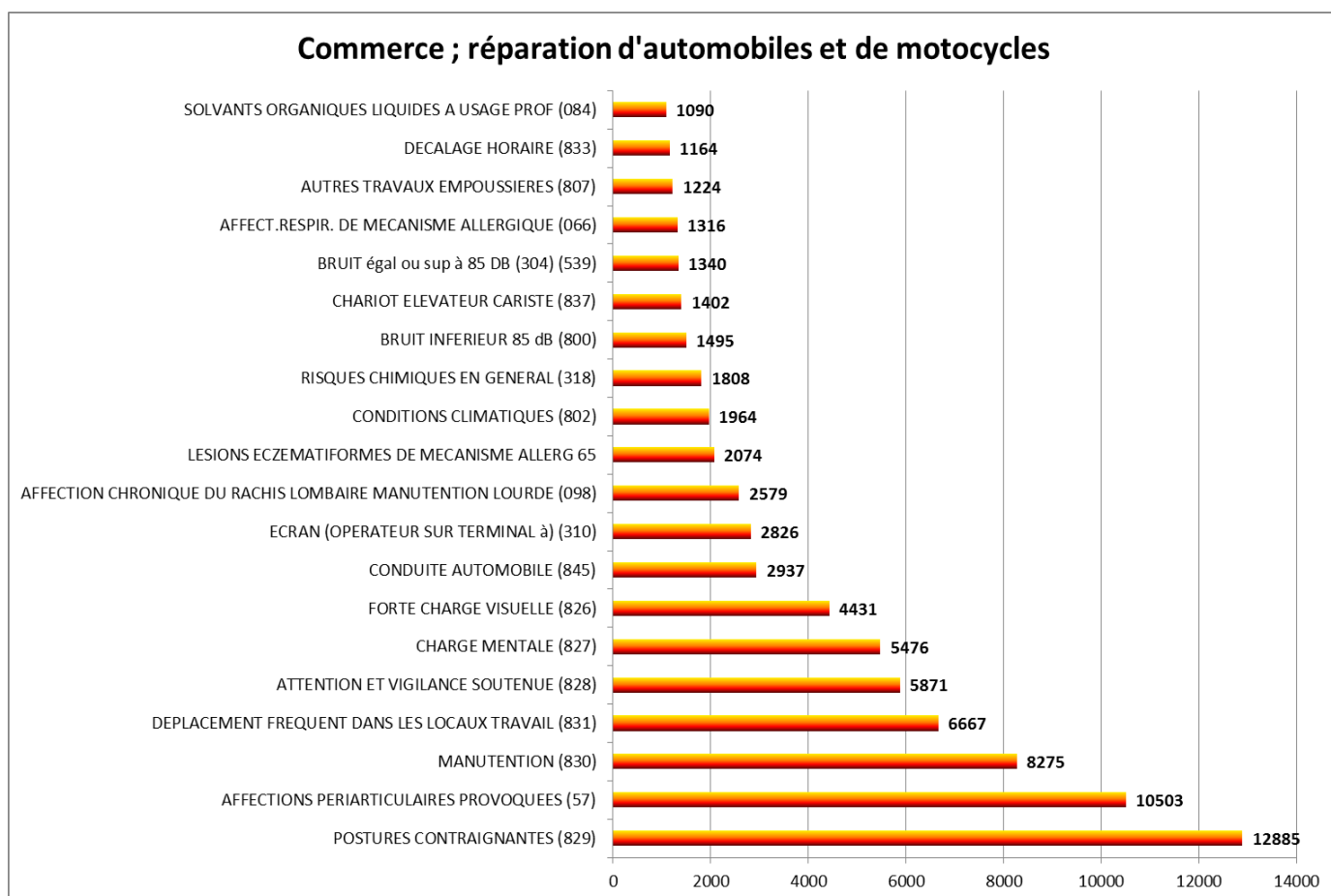
Graphique 22



## II.4.1 Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles :

Rappel : 2326 entreprises et 17886 salariés

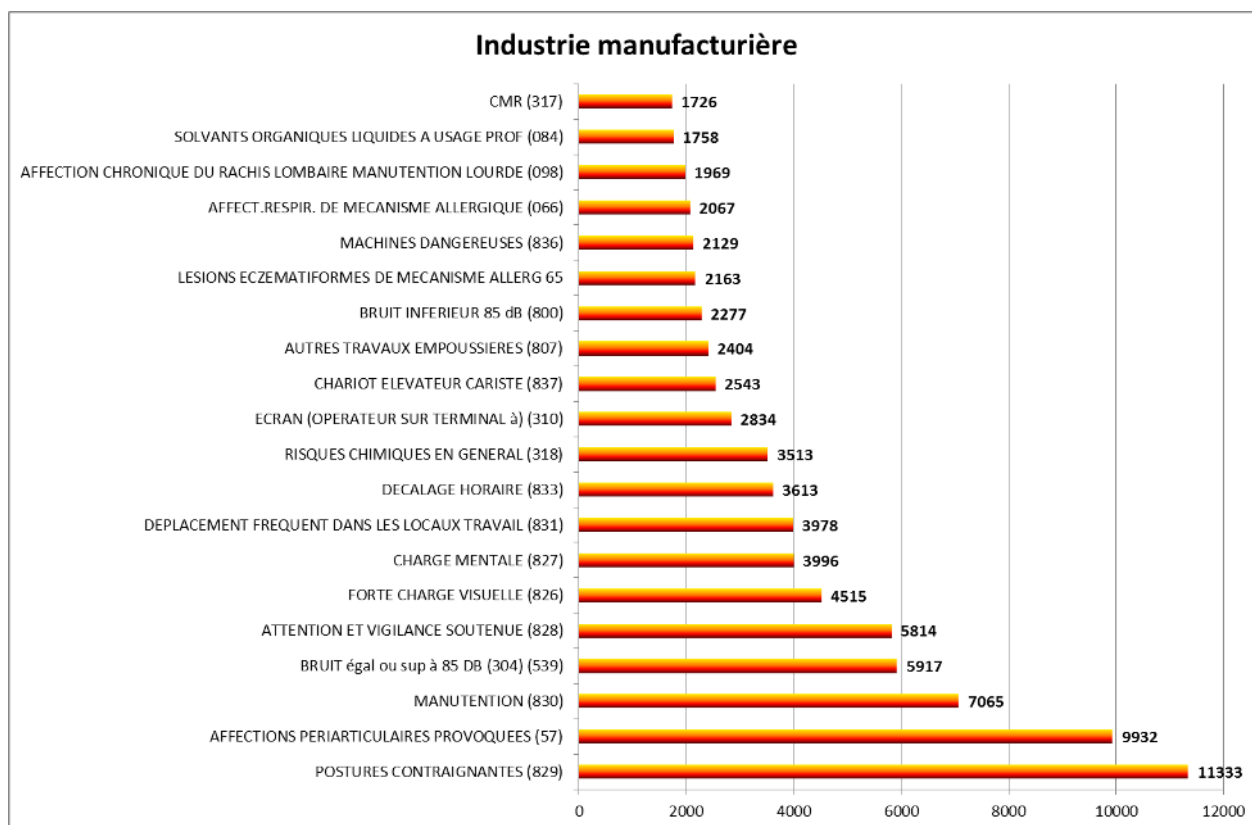
Graphique 23



## II.4.2 Industrie manufacturière

Rappel 941 entreprises et 17678 salariés

Graphique 24

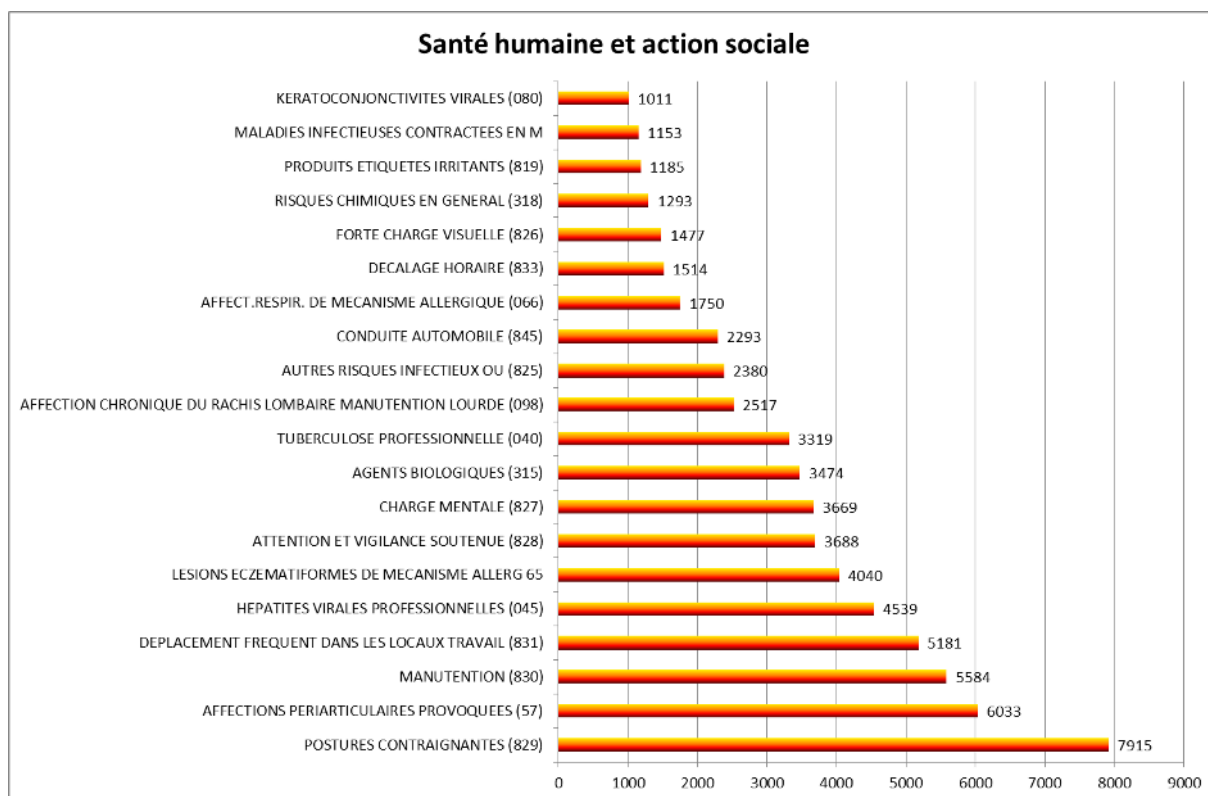




### II.4.3 Santé humaine et action sociale :

Rappel : 703 entreprises et 10 969 salariés

Graphique 25



## II.4.4 Construction :

Rappel : 1 224 entreprises et 9 653 salariés

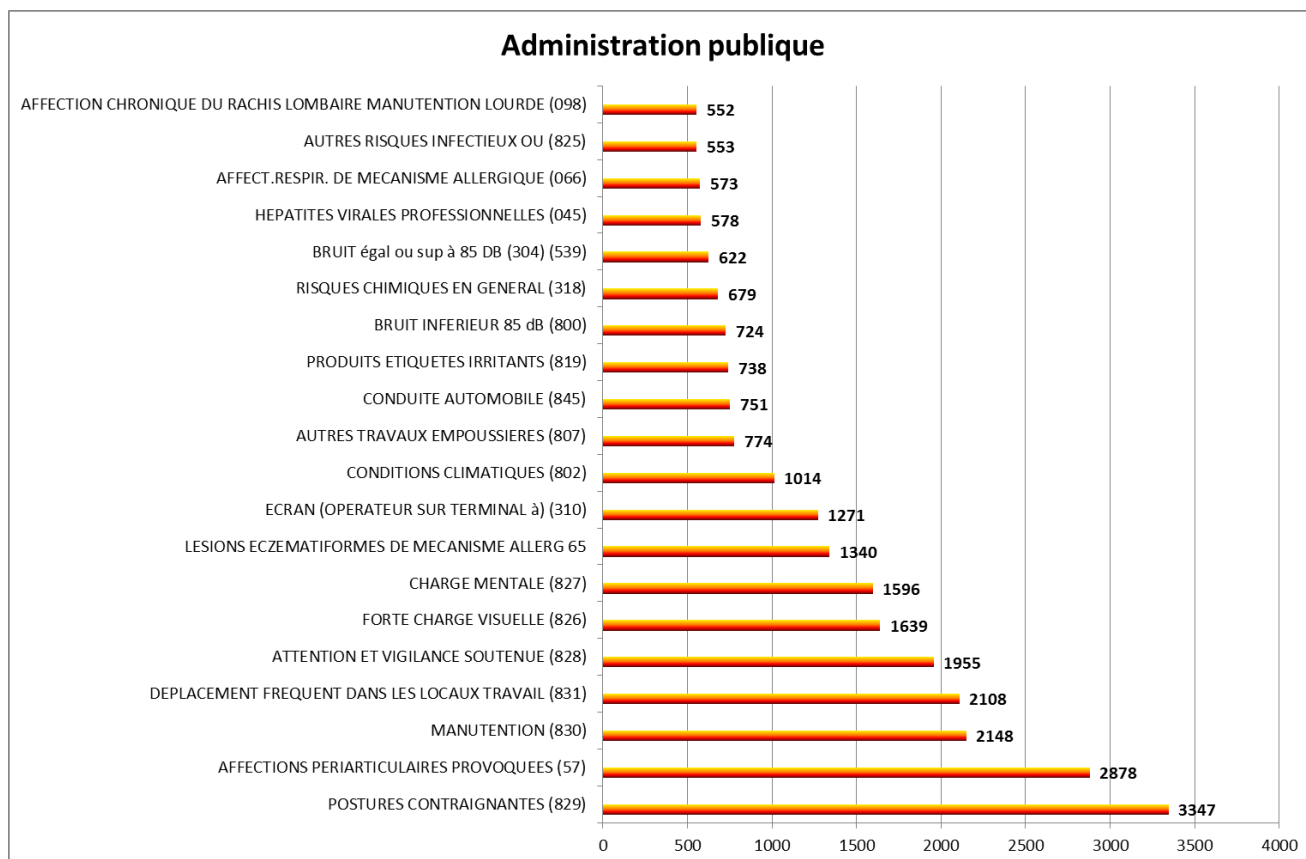
Graphique 26



## II.4.5 Administration publique :

Rappel : 423 entreprises et 6 895 salariées

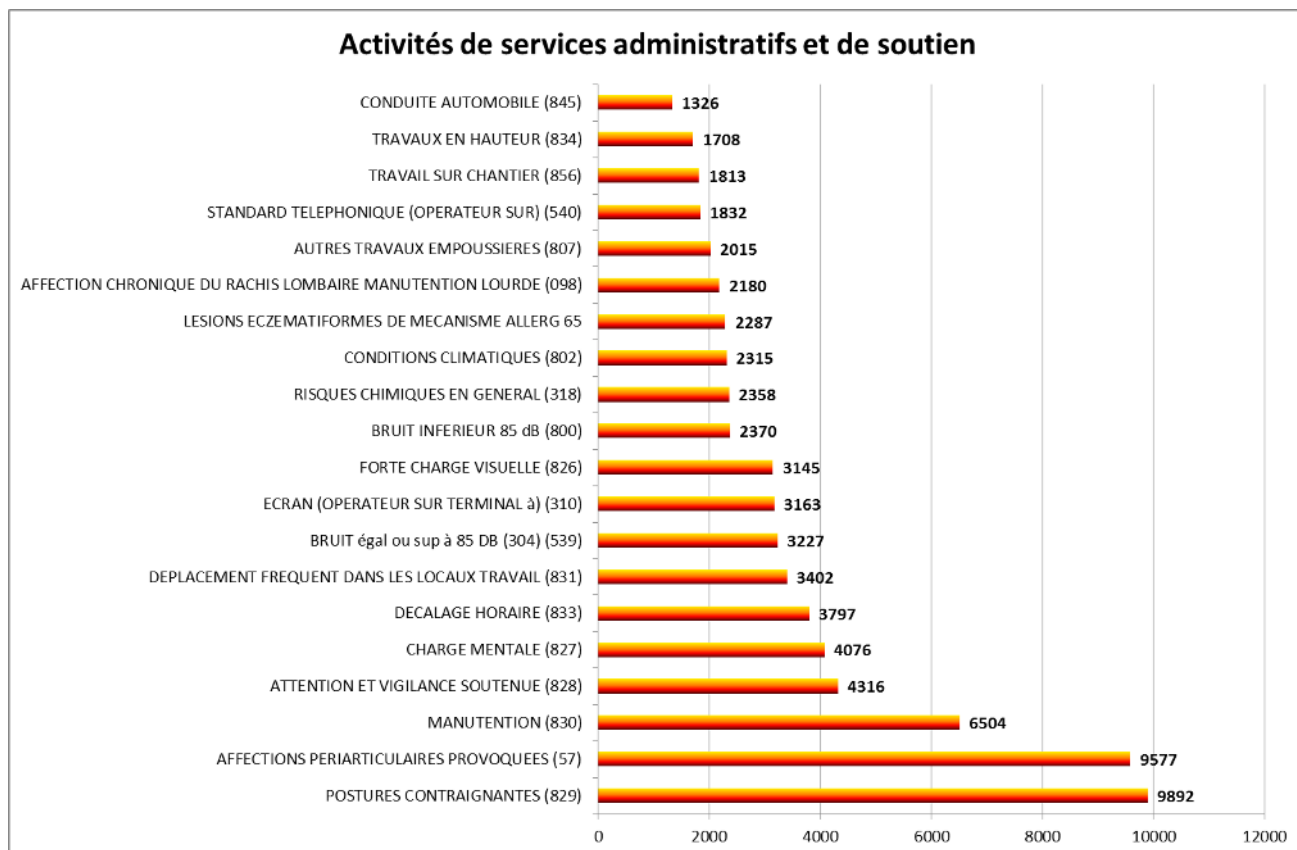
Graphique 27



## II.4.6 Activités de services administratifs et de soutien :

Rappel : 442 entreprises et 6 172 salariés

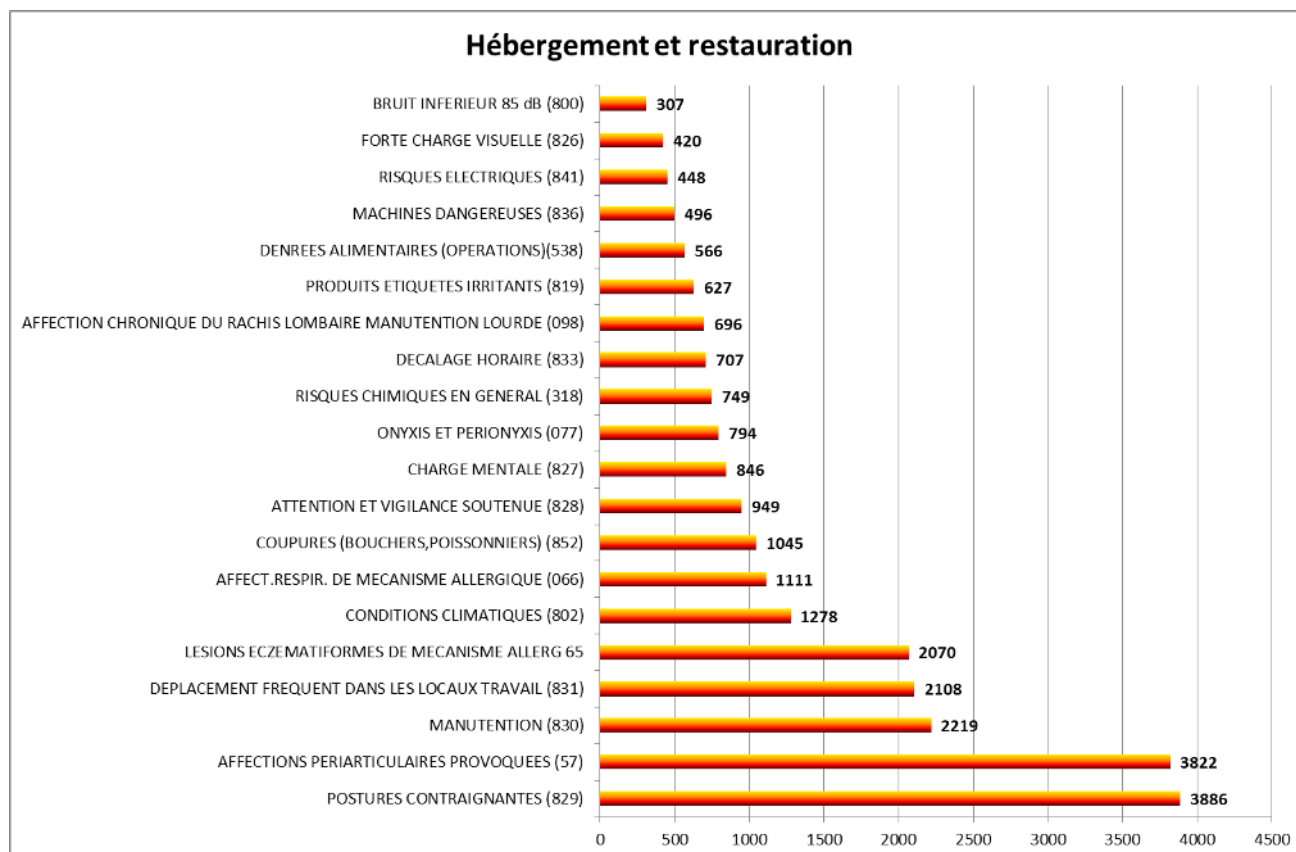
Graphique 28



## II.4.7 Hébergement et restauration :

Rappel : 693 entreprises et 4 336 salariés

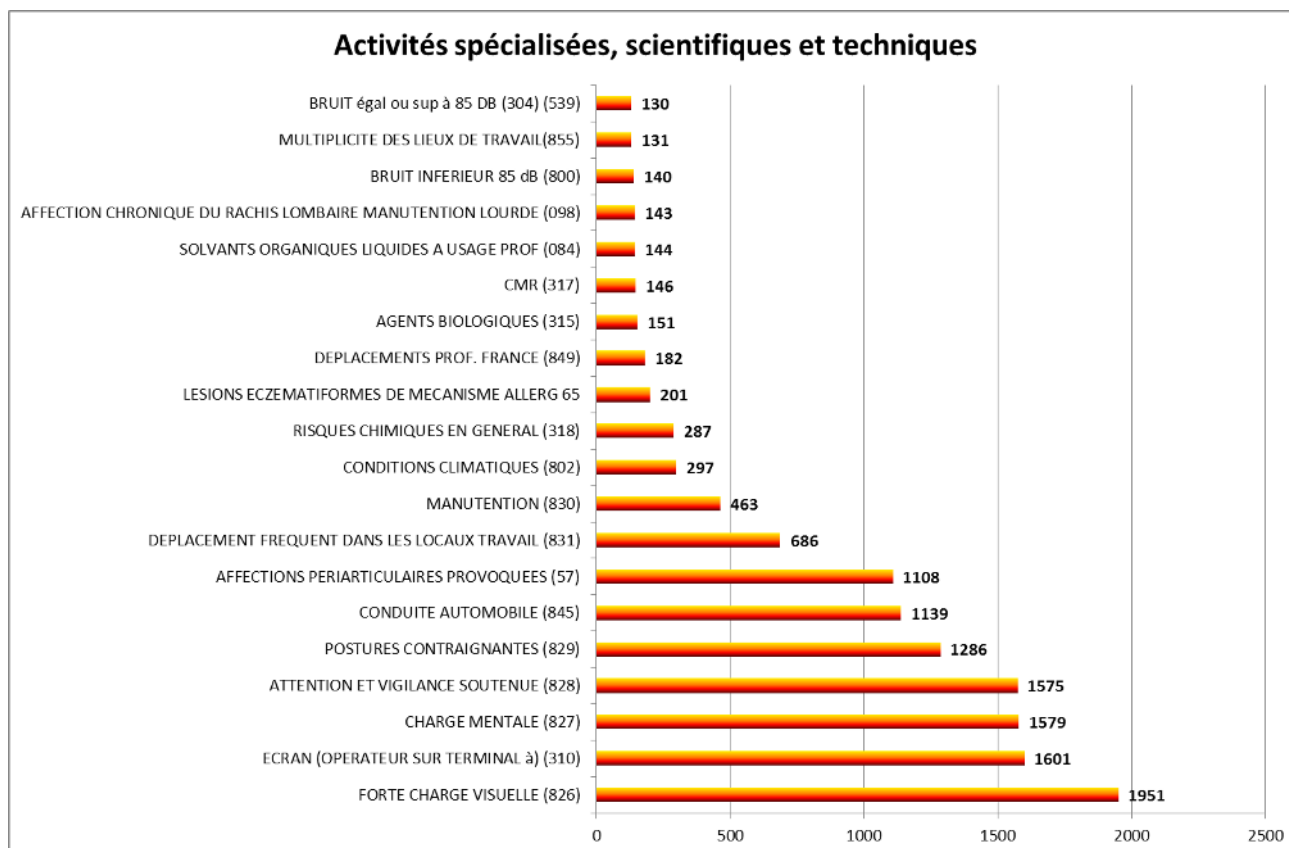
Graphique 29



## II.4.8 Activités spécialisées, scientifiques et techniques :

Rappel : 677 entreprises et 4 335 salariées

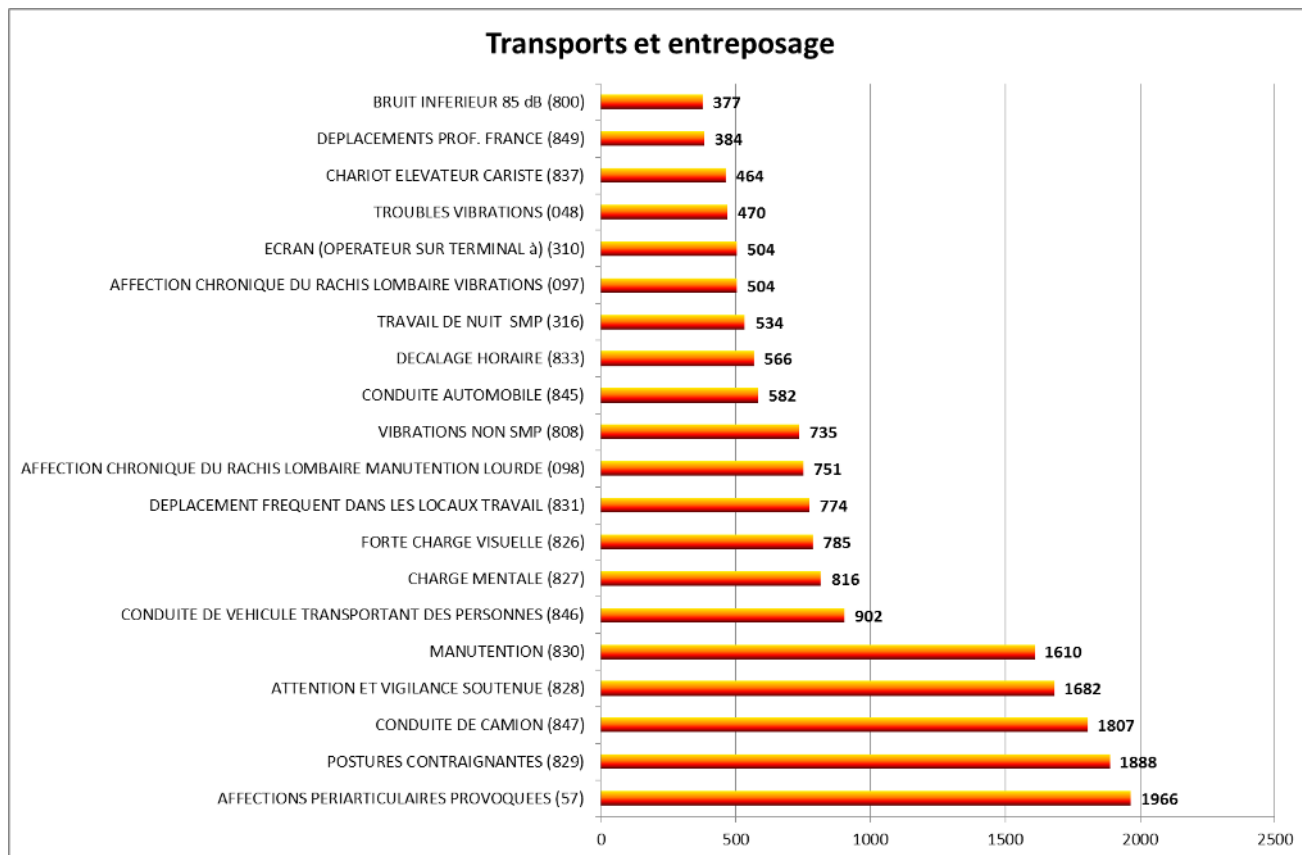
Graphique 30



## II.4.9 Transports et entreposage :

Rappel : 275 entreprises et 4 130 salariés

Graphique 31

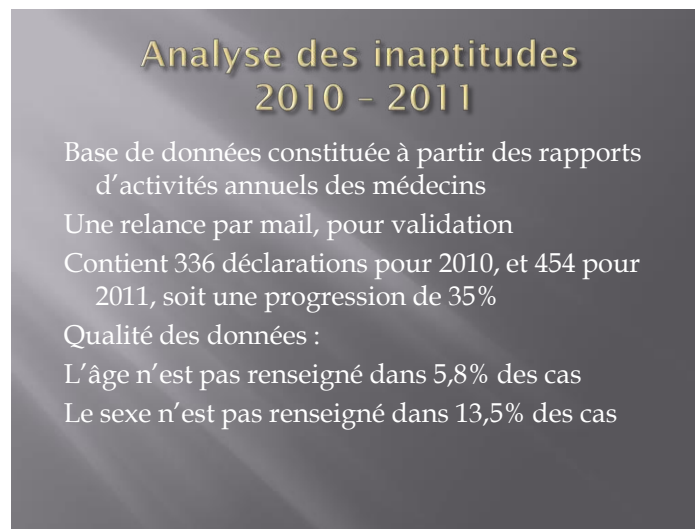


Il est à noter concernant les risques professionnels des salariés que nous suivons que nous n'avons aucun indicateur concernant les niveaux de prévention des risques répertoriés.

Face aux risques professionnels, le développement de la prévention passe, dans un premier temps et prioritairement, par la réalisation de la fiche d'entreprise qui est, avec la nouvelle législation, réalisée par l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail. La fiche d'entreprise qui doit être structurante.

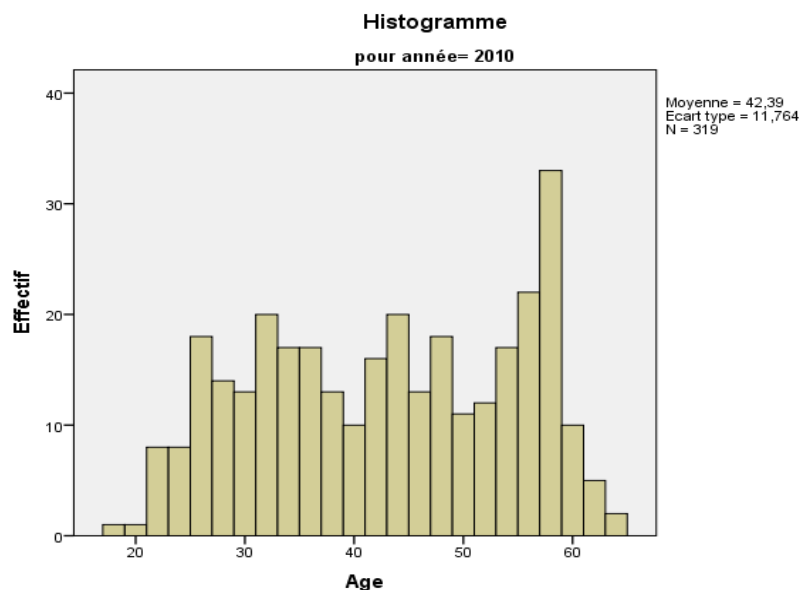
## II.5 Analyse des inaptitudes et des maladies professionnelles réalisées par les médecins du travail

**Provenance** : ASSTV - L'analyse des statistiques descriptives est effectuée sur la base des rapports annuels des médecins des années 2010 et 2011 DIST anonyme d'avril 2013 avec l'outil IBM - SPSS **Signification** : déclaration dans le logiciel métier par les médecins de la survenue d'une inaptitude. **Pertinence** : élevée, avec hétérogénéité du champ lexical des déclarations, objectif de traitement de données ajouté a posteriori. **Moyens de contrôle** : aucun sur ce traitement, mais contrôle sur échantillon envisageable dans l'avenir. **Proposition d'amélioration de la fiabilité** : création d'un thésaurus ou d'une nomenclature commune, contrôle de complétude, analyse annuelle.



Cette analyse a été réalisée a posteriori à partir des rapports d'activités annuels des médecins. Afin de minimiser la charge de travail des médecins, une seule relance a été réalisée par mail, demandant validation ou correction. Le nombre de déclarations a progressé de 35% entre 2010 et 2011.

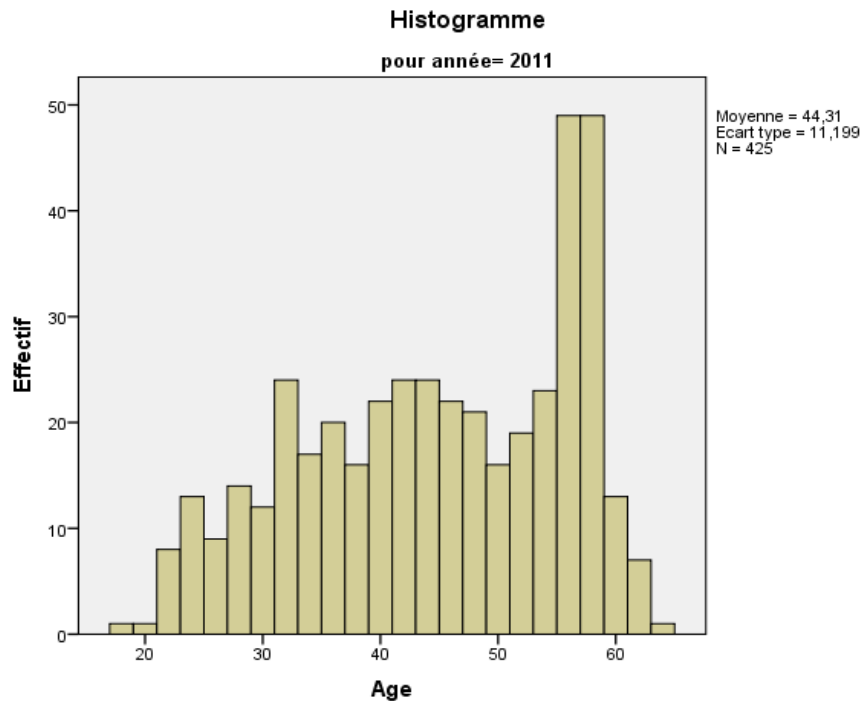
Graphique 32





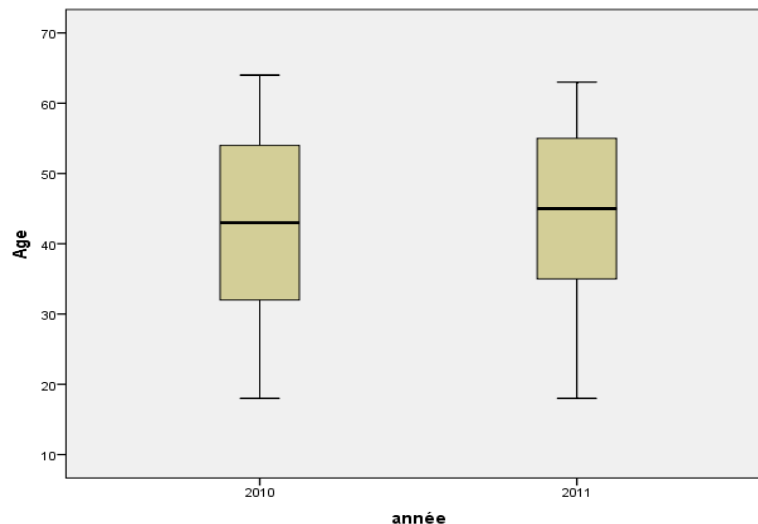
Pour 2010, l'analyse des âges des inaptitudes montre une courbe quasi – gaussienne, avec une forte baisse pour les moins de 21 ans, et un pic vers 58-59 ans. L'inaptitude a été portée vers 42 ans en moyenne.

Graphique 33



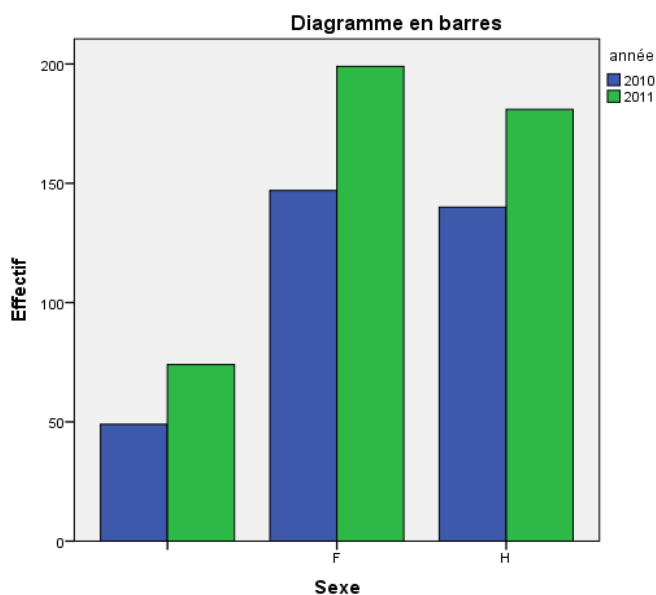
En 2011, la moyenne d'âge à l'inaptitude s'est décalée de plus de 2 ans, à 44 ans et la courbe garde son aspect gaussien, son creux pour les jeunes, et un pic marqué vers 56-58 ans.

Graphique 34



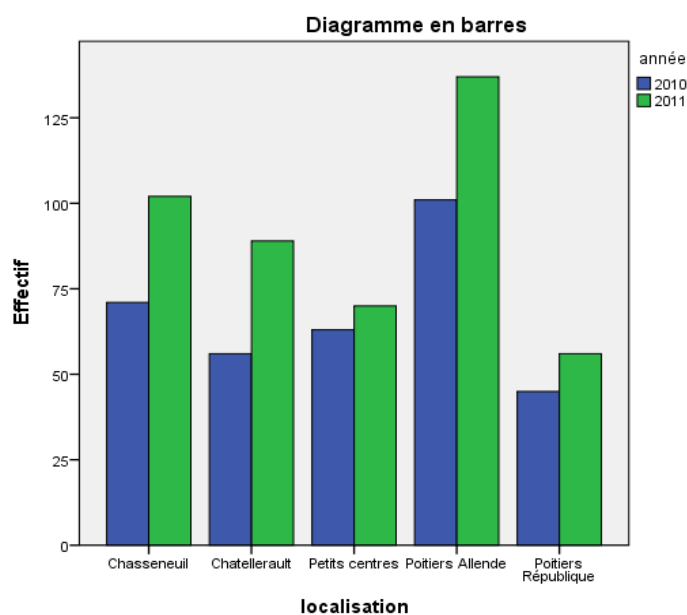
Dans ces diagrammes dits 'boîtes à moustache', la ligne noire au milieu représente la médiane : la moitié des personnes sont au-dessus, la moitié est en dessous. La boîte contient quant à elle 50% des observations (25% au-dessus de la ligne noire, 25% en dessous), et les 'moustaches' représentent les valeurs minima / maxima qui ne dépassent pas 3/2 du bord inférieur ou supérieur. Il n'y a pas de points singuliers sortant de ces limites à afficher. L'âge médian des inaptitudes semble progresser et la population s'homogénéiser.

Graphique 35



On remarque sur ce diagramme exposant sexe et inaptitude la part importante de données manquantes, et la progression, semble-t-il, de l'inaptitude chez les femmes.

Graphique 36



Les centres ont été regroupés pour conserver le secret statistique, ce qui entraîne la constitution d'un groupe 'petit centres' et on voit sur cet histogramme que les inaptitudes progressent en particulier à Poitiers Allende et Chasseneuil, et bien moins sur les petits centres et à république.

## Analyse des inaptitudes 2010 - 2011

- ▣ Motif n°1 d'inaptitude : Les RPS
  - ▣ 68 en 2010, 109 en 2011
- Changement visible de la phraséologie du diagnostic, qui n'est pas homogène.
- syndrome ostéo - articulaires
  - conséquences d'accident du travail

Le motif n°1 d'inaptitude était les RPS, en nette progression depuis 2010. Cependant, les diagnostics ne provenant pas d'un thésaurus, un recodage en RPS a été nécessaire. Les syndromes ostéo – articulaires viennent ensuite, puis les conséquences d'accident de travail. Un travail sera sans doute nécessaire pour homogénéiser les divers diagnostics.

## Analyse des inaptitudes 2010 - 2011

Les professions occupées :

- Chargé(e) de clientèle (28 en 2010 et en 2011)
- Vendeuse (9 en 2010, 9 en 2011)
- Agent d'entretien(11 en 2010, 6 en 2011)
- Auxiliaire de vie (1 en 2010, 14 en 2011)
- Chauffeur livreur (9 en 2010, 6 en 2011)

Au niveau des professions, on ne peut qu'être marqué par la quantité constante et élevée des Chargés de clientèle, profession pour laquelle les RPS paraissent être un mode de gestion du personnel.

À un moindre degré, les vendeuses posent également souci.

Au total, les inaptitudes semblent augmenter avec le temps. Les données sont à améliorer, les processus de traitement aussi, avec l'introduction d'un thésaurus, et le fait de disposer de séries temporelles plus grandes permettra une meilleure vision.

La Commission Médico-Technique devra adopter un thésaurus commun et l'analyse des inaptitudes devra être réalisée chaque année.

### **I.6 Analyse des demandes d'action de prévention des médecins du travail vers le Pôle Technique**

**Provenance** : ASSTV - L'analyse des statistiques descriptives est effectuée sur la base des tableaux des demandes des médecins remis par chaque préventeur. **Signification** : existence

d'une demande d'action en milieu de travail sans préjuger de sa complexité ou de sa simplicité. **Pertinence** : assez élevée, mais avec des données déclaratives de demandes qui masquent une hétérogénéité des actions, et aucune vision sur le résultat. **Moyens de contrôle** : aucun sur ce traitement, une évaluation est à envisager

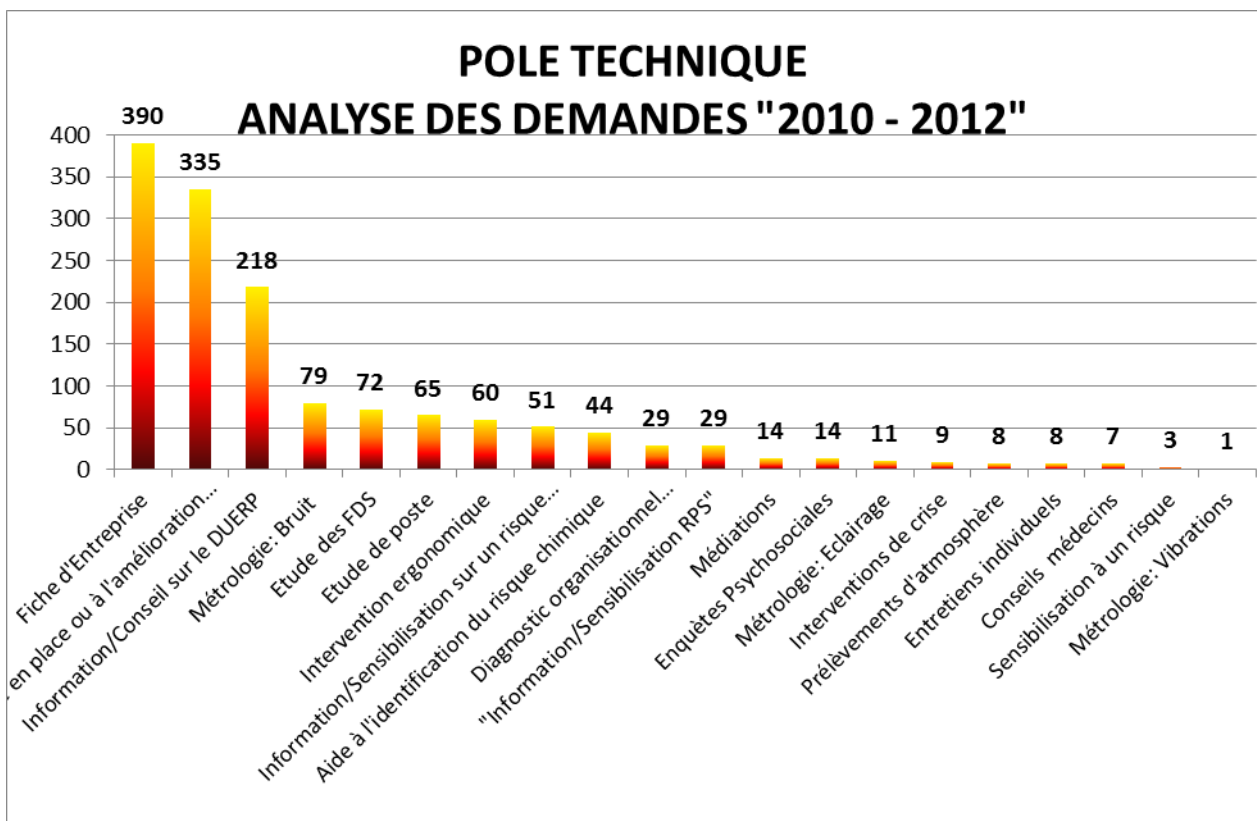
### II.6.1 Les demandes 2010-2012 pour l'ensemble du Pôle Technique :

Il convient de distinguer les types de demandes faites par le corps médical :

- L'identification des risques professionnels (ex : fiche d'entreprise, métrologie, étude de poste...)
- Les interventions de résolution de problèmes ergonomiques et / ou psychosociaux faisant appel à des modalités d'intervention approfondies et complexes

Dans le premier cas, une demande implique une réponse ad hoc et ponctuelle; dans le second cas, une demande nécessite une analyse de la demande, une ou plusieurs propositions d'actions et des actions multiples et successives à déployer dans une période de moyen terme.

Graphique 37

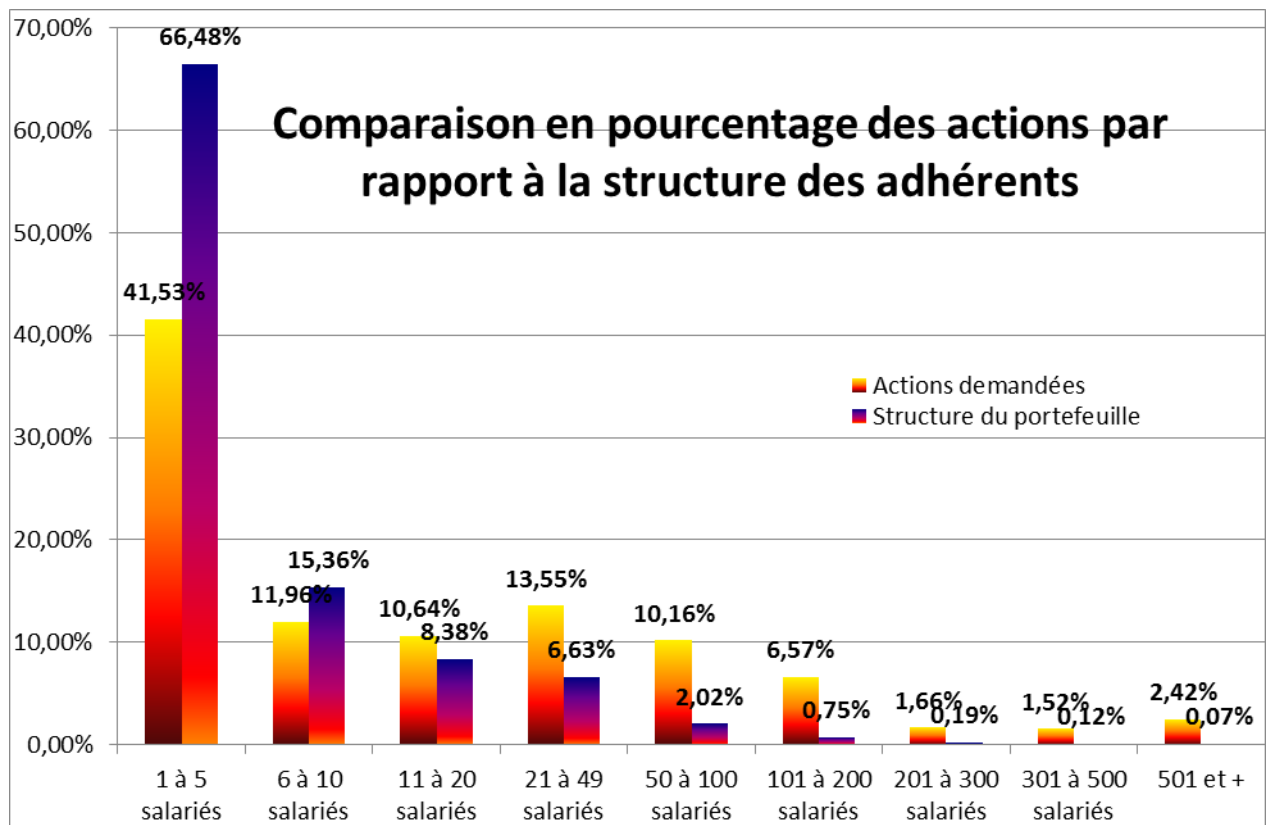


Il y a eu, sur la période 2010-2012, 1 447 demandes faites par les 36 Médecins du Travail, pour les 9722 entreprises adhérentes. Ce chiffre est très bas. Les demandes concernant la fiche d'entreprise arrivent en tête avec 27% des demandes. L'aide à la mise en place du Document Unique représente 23%. L'information et le conseil sur le Document Unique s'élèvent à 15%,

les études de poste et interventions ergonomiques à 8.63%. L'étude des fiches de données de sécurité et le risque chimique représentent 8%. La métrologie représente 5.5% des demandes et les demandes liées au RPS 7.6%.

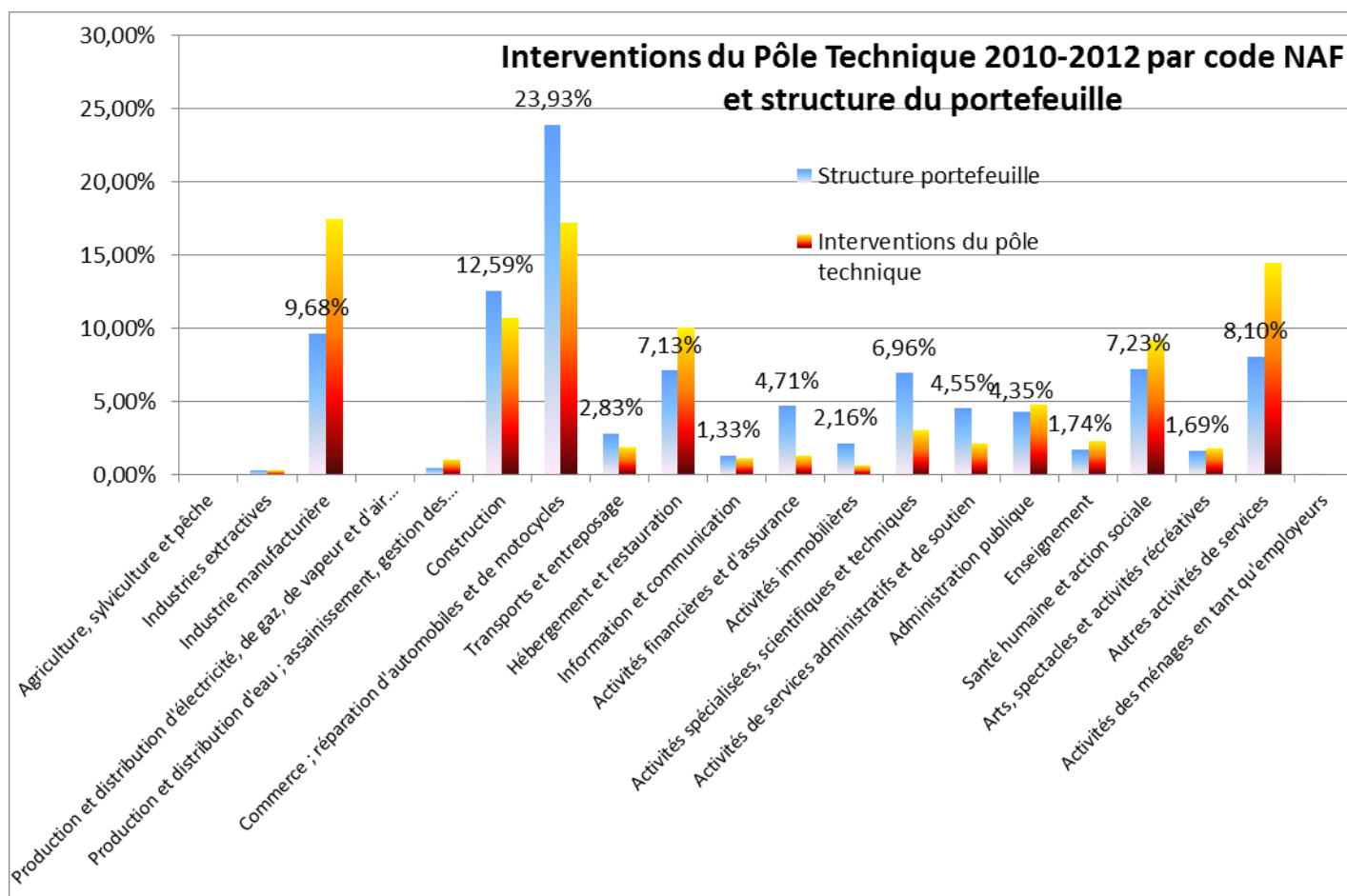
A ce stade, il peut être intéressant de comparer les demandes d'actions en milieu de travail avec la structure du portefeuille des adhérents.

Graphique 38



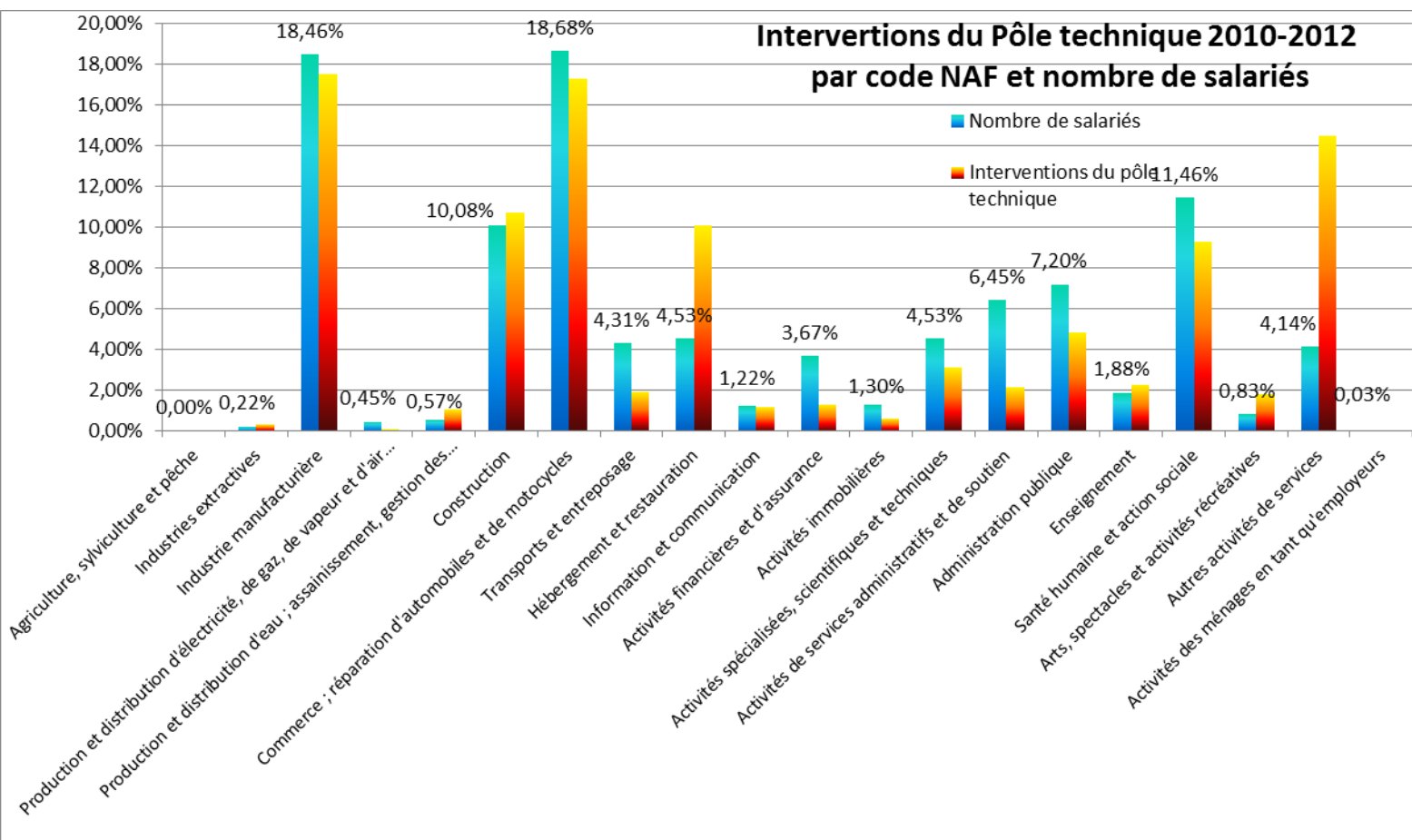
Nous constatons un écart significatif entre les actions demandées par taille d'entreprise par rapport à la réalité de notre portefeuille. La nature des actions peut expliquer cet écart. En ce qui concerne les actions RPS, les demandes sont plus fréquentes au sein de collectifs supérieurs à 20 salariés. Ce constat sera pris en compte dans la phase d'élaboration du projet de service par la concrétisation d'actions RPS plus importantes auprès des TPE.

Graphique 39



A l'exception du secteur de la Construction, il n'y a pas de corrélation entre les demandes d'intervention des Médecins du Travail et la structure du portefeuille adhérent. Nous constatons un « surinvestissement » sur les Autres activités de Services et l'industrie manufacturière et une « sous sollicitation » à l'égard du secteur du Commerce et de la réparation automobile. Regardons lorsque l'on compare les demandes d'intervention avec le nombre de salariés par secteur :

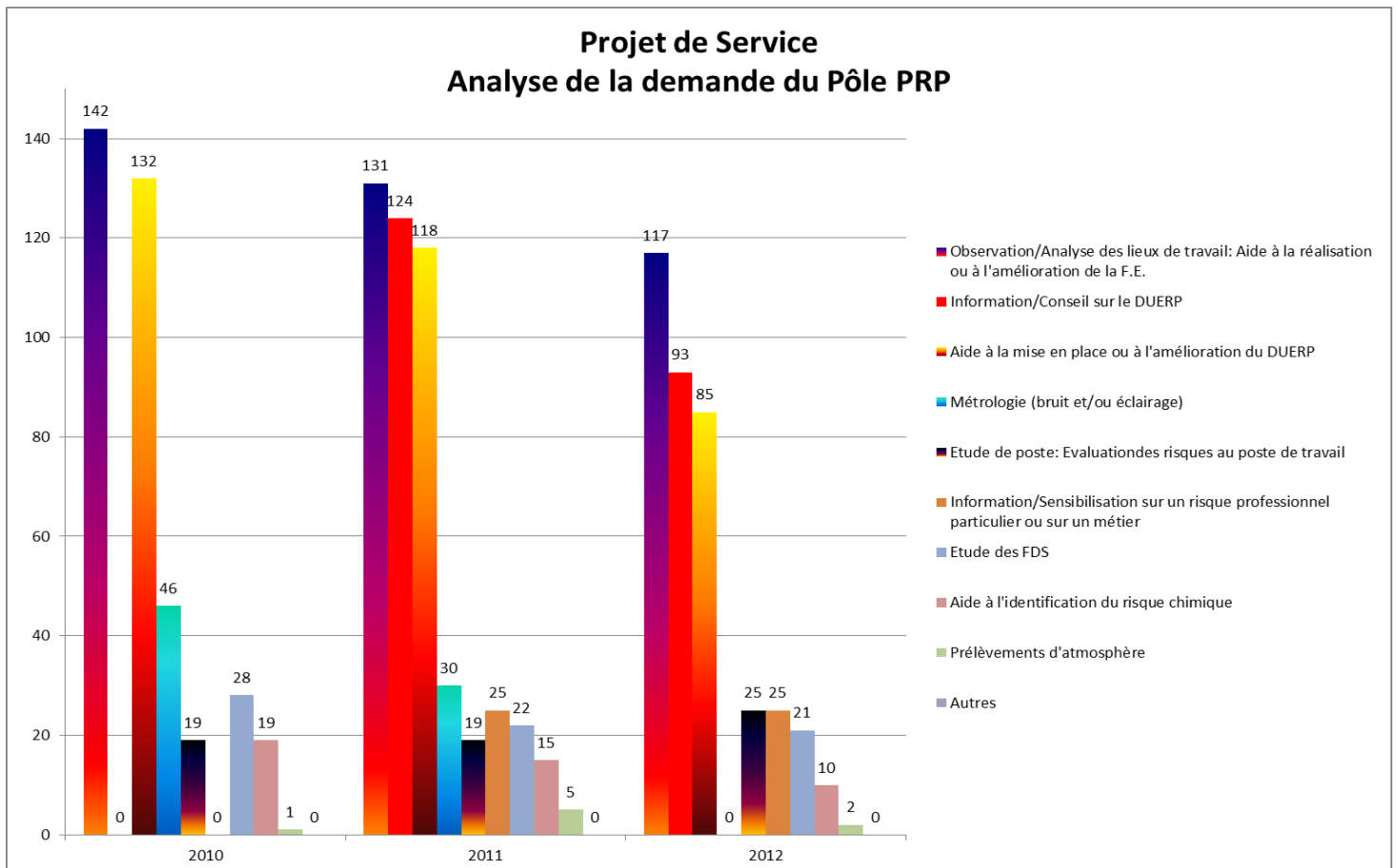
Graphique 40



Les demandes d'intervention effectués par les médecins du Travail auprès du Pôle Technique s'équilibrent mieux en les comparant avec le nombre de salariés par secteurs d'activités. Nous constatons toujours un « surinvestissement » pour le secteur Autres activités de services et l'Hébergement et la restauration.

## II.6.2 Approche du Pôle Prévention des Risques Professionnel

Graphique 41

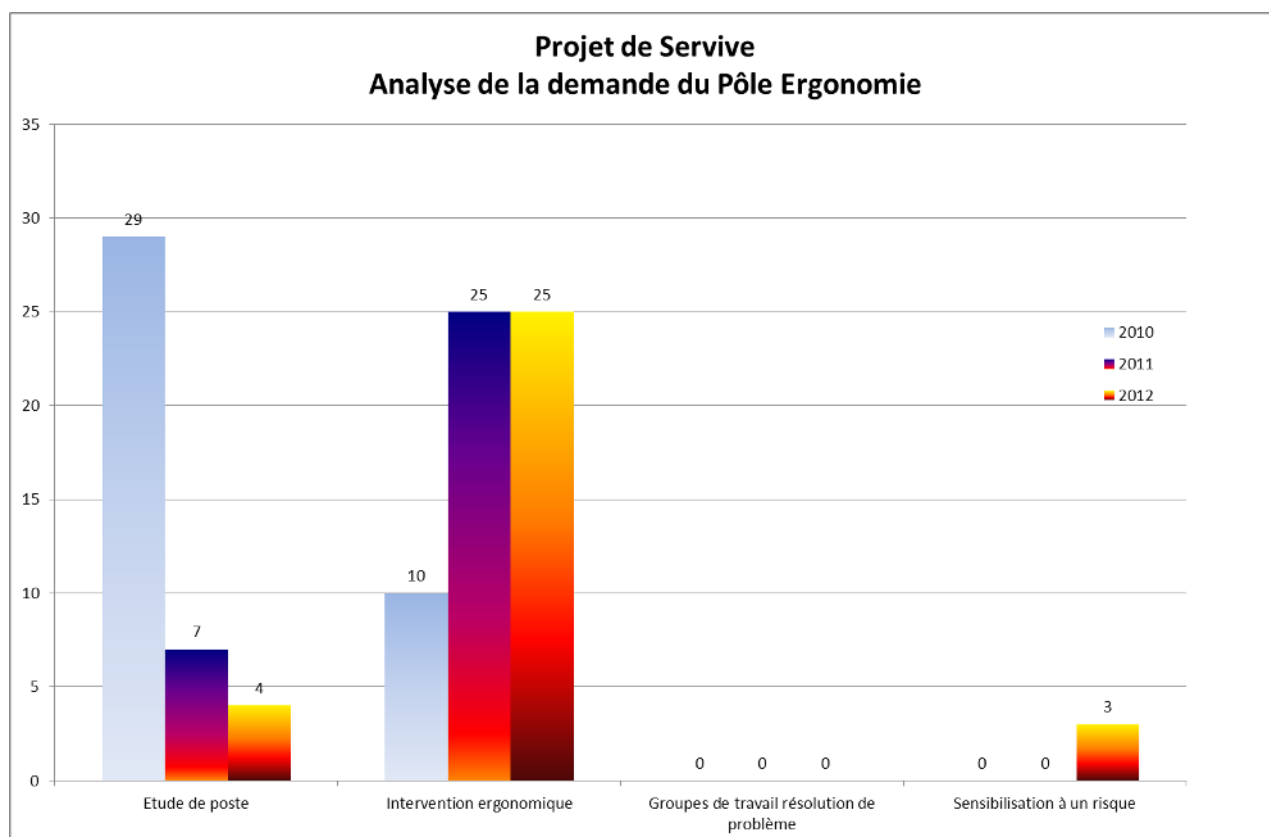


Sur les 3 années, l'importance des demandes d'action en milieu de travail par les Médecins conserve la même configuration, fiche d'entreprise, information et conseil sur le Document Unique, aide à la mise en place ou à son amélioration.



## II.6.3 Approche du Pôle Ergonomie

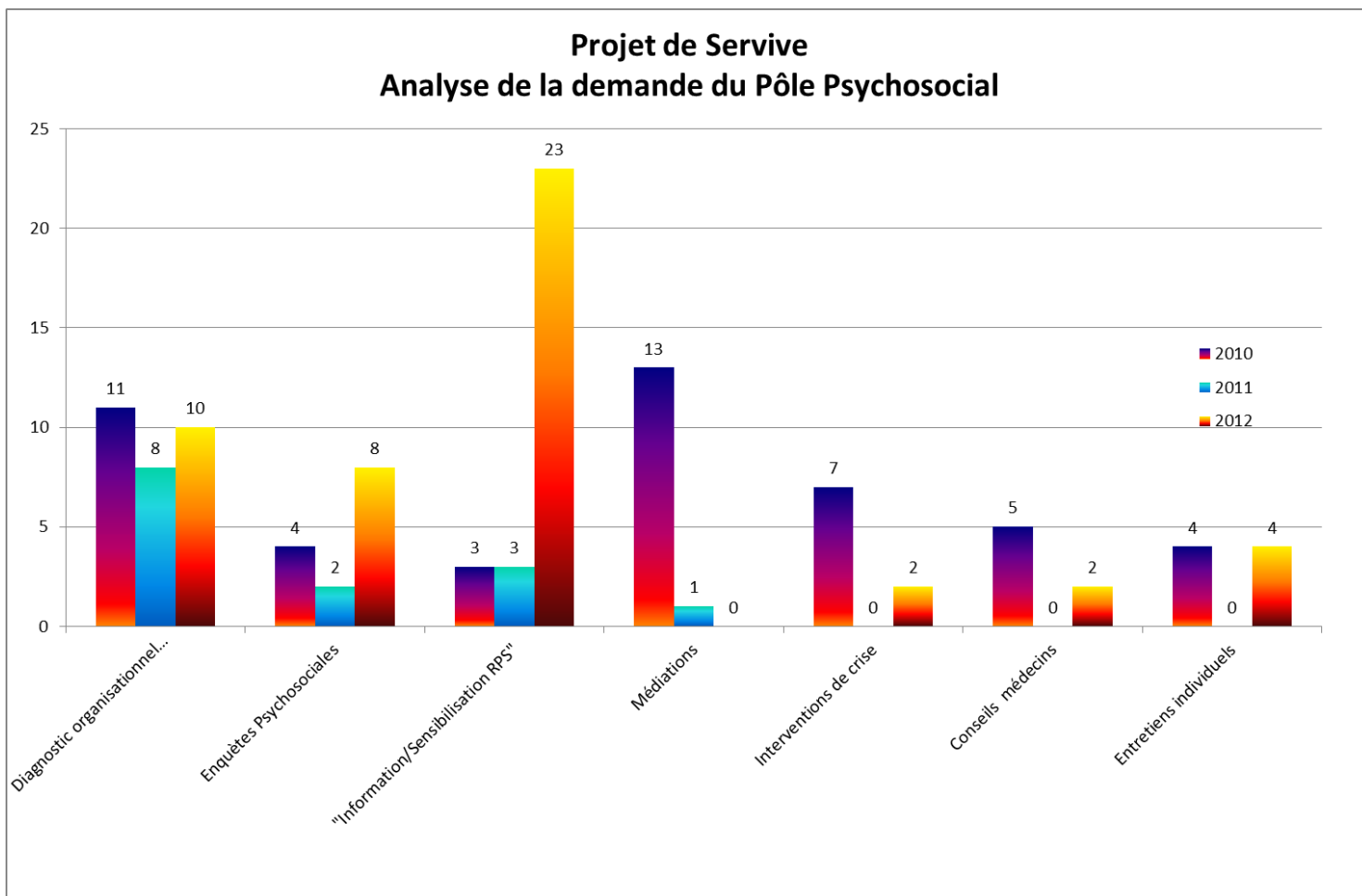
Graphique 42



L'évolution des demandes ergonomiques reste stable et inchangée d'une année sur l'autre. La désignation « intervention ergonomique » s'est substituée à celle d'« étude de poste » depuis 2012, ce, dans une perspective de préciser les contours des missions entre les intervenantes techniciennes/assistantes et ergonomes, les investigations en temps de travail et ressources (analyse, rédaction) quant aux missions, étant distinctes entre ces métiers. Précisons toutefois que les demandes de missions ont pu être influencées par le fait que l'ergonome était en formation durant les 3 années analysées.

## II.6.4 Approche du Pôle des Risques Psychosociaux :

Graphique 43



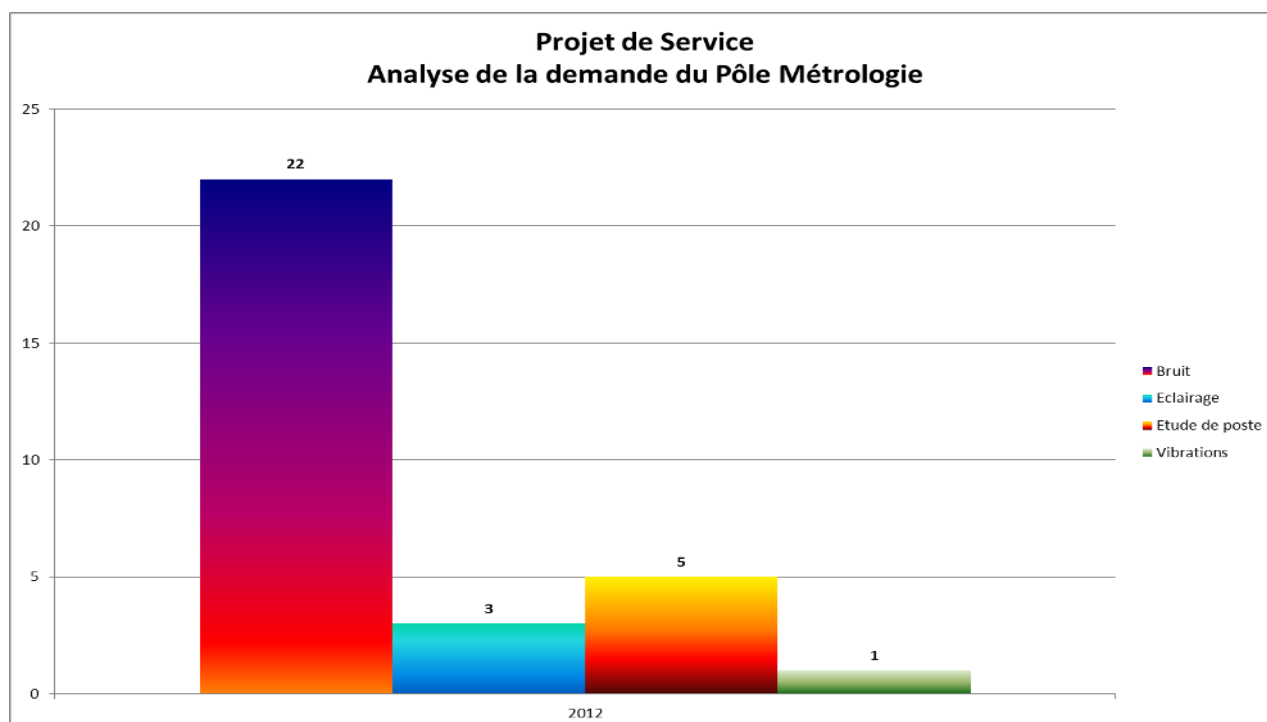
Sur les 3 années, nous constatons une évolution significative en 2012 vers les actions de sensibilisation et d'information des risques psychosociaux dans les structures de taille importante. La typologie des demandes a considérablement évolué sur les 3 dernières années du fait de la restructuration des missions de l'intervenante au fur et à mesure des spécialisations réalisées dans le cadre de la formation continue.

Les enquêtes psychosociales constituent une part importante des activités RPS auprès des entreprises de plus de 100 salariés. A ce jour, 36 enquêtes ont été menées et sont en cours depuis ces 5 dernières années. Plus précisément, ces enquêtes touchent 10% de l'ensemble des salariés de la Vienne, soit environ 9600 salariés ont bénéficié de ce dispositif à travers la mise en place de plans d'actions faisant suite à la phase de diagnostic. Cette démarche, bien qu'elle profite davantage aux grosses structures s'inscrit dans les priorités de prévention nationale RPS et vient consolider les actions en milieu de travail du médecin du travail dans la durée (suivi et accompagnement des plans d'actions).

Sur les 3 années consécutives, 110 demandes ont été formulées par les médecins générant 421 actions réalisées en entreprises. Nous notons qu'il n'y a pas d'adéquation entre la fréquence du risque et le nombre de demandes.

## II.6.5 Approche du Pôle Métrologie

Graphique 44



Le Pôle Métrologie a été constitué début 2012, les demandes de métrologie pour les années 2010 et 2011 sont incluses dans le Pôle des Risques Professionnels. Cette décision a été prise en CMT car la demande des Médecins du Travail exprimait un besoin important sur ce type d'action en milieu de travail. Le Pôle Métrologie intervient surtout sur les études dues au bruit.

Ces données, toutes internes à l'ASSTV, sont perfectibles, et doivent être mises en perspectives avec des éléments de données nationaux tels qu'EVREST, SUMER et les travaux de l'INCa.

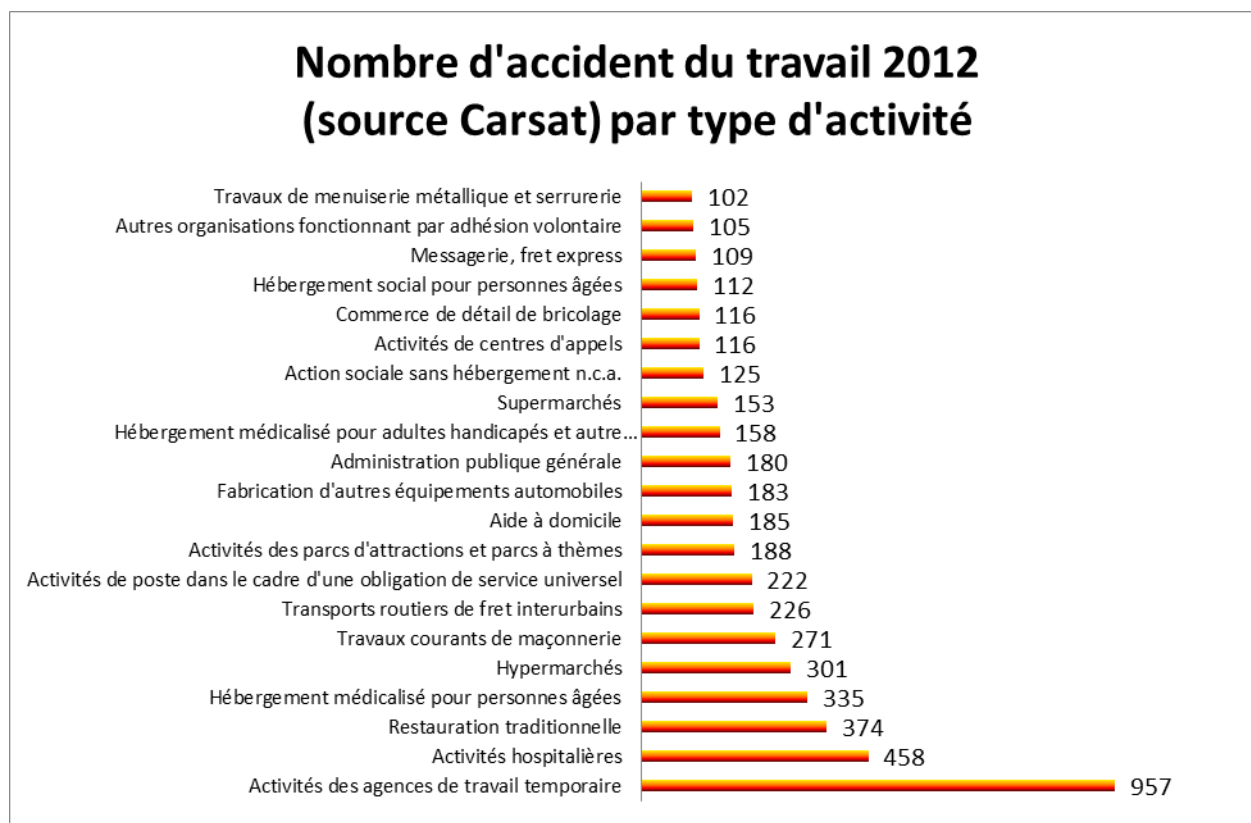
## II.7 Analyse des données AT-MP de la Carsat

**Provenance** : Carsat – Les données 2012 ont été fournies par le Service Statistique avec l’outil Business Objects. **Signification** : Déclaration des employeurs auprès de la CPAM de la Vienne **Pertinence** : Elevée avec risque de sous déclaration des AT. **Moyens de contrôle** : aucun sur ce traitement. **Proposition d’amélioration de la fiabilité** : obtenir de la CARSAT les déclarations de maladies professionnelles non reconnues.

Suite à nos rencontres avec la Carsat, celle-ci nous a fournie des fichiers Excel de statistique AT et MP par types d’activités (code APE), correspondant à nos centres de Poitiers, République, Chasseneuil, Châtelleraut Joany et Sanital, Loudun, Lussac, Gençay, Montmorillon et Civray. En fonction des besoins ou des actions de prévention envisagées, une analyse par centre est donc possible

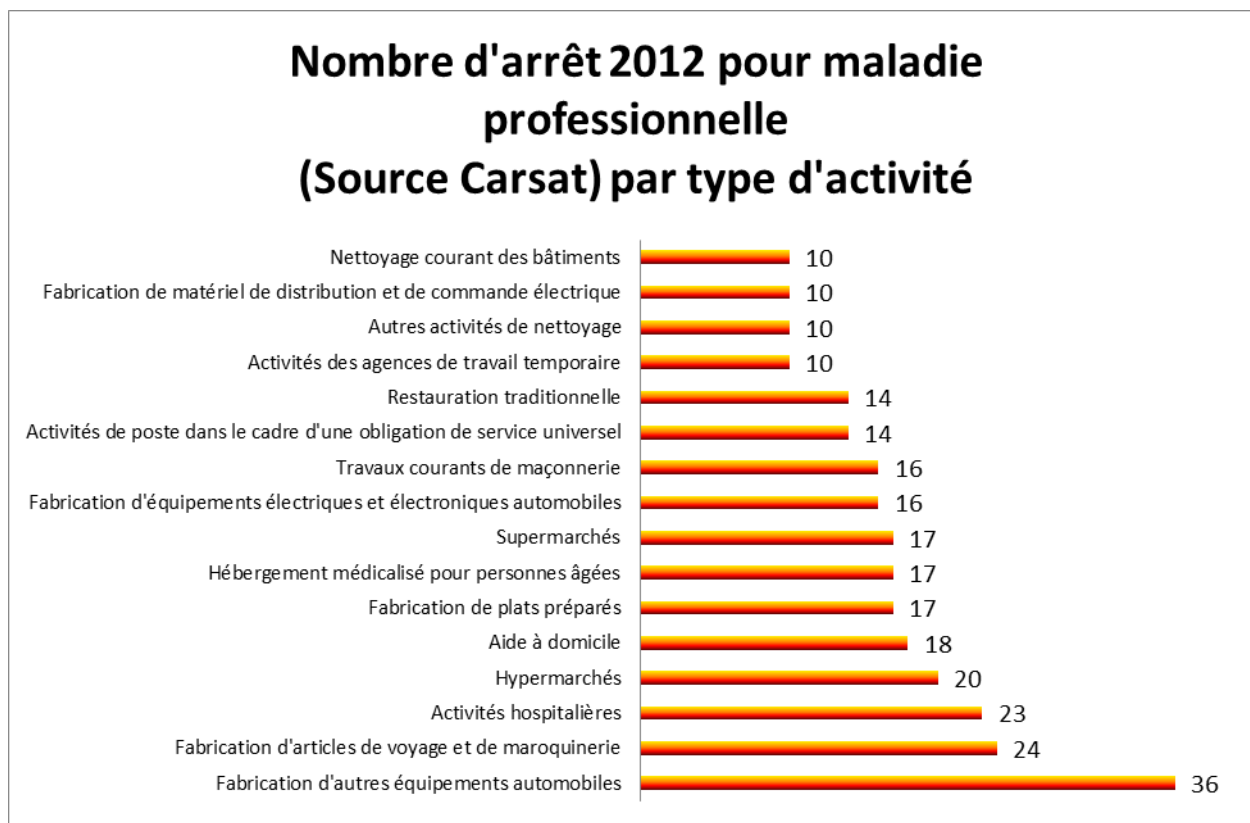
Graphique 45

Pour les AT supérieur à 100 dans l’année 2012



## Graphique 46

Nombre d'arrêts 2012 pour maladie professionnelle supérieurs ou égaux à 10 par type d'activité



La fabrication d'autres équipements automobiles correspond à seulement 3 entreprises de notre portefeuille totalisant 1239 salariés.

Concernant la fabrication d'articles de voyage et de maroquinerie, 8 entreprises sont concernées pour seulement 283 salariés.

Au-delà de ces 2 types d'activité, il est évident qu'une priorité d'action concertée doit être menée également sur les activités d'hypermarchés qui représentent 4 000 salariés ainsi que les activités hospitalières.

## **II.8 Avis des employeurs sur les besoins en santé au travail**

Cette partie a été traitée par Laëtitia DEBRAY qui a effectué un stage 3 mois au sein de notre Service dans le cadre de son Master II de Promotion et gestion de la santé.

Nous notons un écart important entre le ressenti des employeurs interrogés et les besoins en santé au travail.

Voici ci-dessous son texte :

Nos entretiens auprès d'employeurs commencent à l'Assemblée Générale de l'association. Après avoir présenté mes intentions d'une enquête sur leurs attentes envers le Service de Santé au Travail, quatre dirigeants ont accepté de répondre aux questions. Tous appartiennent à des secteurs distincts : tertiaire, construction, industrie et services, ce qui nous permet d'avoir une vision assez large des différentes attentes. L'analyse de ces dernières abordera au passage les thèmes suivants : la non présence des intervenants du Service de santé au travail en entreprise et les conséquences que cela entraîne, leurs représentations de la médecine du travail, leur implication dans la prévention de la santé, pour ensuite aboutir à leurs attentes et propositions d'actions.

Les premiers échanges n'évoquent aucune attente envers le Service de Santé au Travail: d'après l'employeur du tertiaire, « *le salarié va en visite, je n'attends rien [...] j'adhère et je ne pose pas de question* ». Puis dans les discours, des arguments viennent préciser les échanges restreints entre employeurs et intervenants du Service de santé : « *En 30 ans, je n'ai jamais vu personne et puis là dans les deux, trois dernières années, ils sont venus une fois* », « *c'est un faible coût par rapport au reste et j'ai une boîte à faire tourner* » et l'employeur du secteur des services précise : « *en tant qu'employeur, on ne reçoit rien aujourd'hui* ». Les employeurs s'accordent à dire que le Service de santé au travail n'est pas assez présent dans les entreprises et qu'il est aujourd'hui perçu « *plus comme une contrainte qu'une opportunité* » ou encore « *comme un contrôle plus qu'un réel plus* ». Les visites ne sont apparemment pas perçues comme un temps d'échange, que ce soit pour des intervenants du Service ou les employeurs. Ayant si peu d'interactions ou des interactions à but répressif, le rôle de la médecine du travail n'est pas connu de tous et entraîne des représentations négatives : « *tellement de chefs d'entreprises ne savent même pas le rôle de la médecine du travail* », « *c'est par mon réseau que j'ai assisté à une réunion où le Directeur faisait une présentation du Service* », « *les employeurs ont une image dégradée de la médecine du travail* ».

Les employeurs associent les deux actions dont ils bénéficient : les visites en entreprises et les visites médicales, dans le sens où une meilleure connaissance des entreprises et activités permettrait une visite médicale plus adaptée : « *qu'ils viennent en entreprise pour bien connaître les postes* ». Le but étant de déceler un problème naissant, il serait opportun de mieux connaître les réelles conditions de travail, en se basant sur des visites d'entreprises et non seulement sur « *le dire des salariés* ». Ces représentations les amènent à penser « *non je n'appelle pas pour la construction, je ne vois pas ce qu'il peut apporter, il ne connaît pas le métier* ». Une organisation serait donc souhaitable d'après les enquêtés : une augmentation des visites en entreprise, une seconde visite est proposée par l'employeur du secteur du tertiaire : « *faut une démarche personnelle des chefs d'entreprise, c'est trop facile si ils ne font pas d'effort* » d'autant plus que « *un petit déjeuner ou un apéritif dinatoire, pour que ce soit plus profitable à plus de monde que de venir nous voir un par un* ». Les employeurs sont appelés à devenir acteurs de la prévention de la santé des salariés. Etre responsable de la santé de ses salariés ne se résumerait pas seulement à adhérer à l'association du Service de Santé au

Travail mais également à se déplacer et venir rechercher des informations, et en apporter à leurs pairs lors de rencontres.

Sans vouloir comparer les enquêtés du fait de leurs différences évidentes de taille d'entreprises, nous pouvons tout de même remarquer des niveaux multiples de la prévention, associés à des secteurs particuliers : quand un employeur du tertiaire explique ne pas « *prendre du temps pour faire un plan de prévention sur plusieurs années* », un autre du secteur de l'industrie définit la prévention comme « *un travail sur du long terme* » et a déjà mis en place « *un club TMS, un absentéisme, une démarche pour les RPS, ...* ». De même, quand un employeur du secteur des services explique avoir fait son document unique mais il est persuadé qu'aucun des salariés n'en a pris connaissance, un employeur représentant le secteur de la construction évoque « *les renseignements techniques concrets délivrés activité par activité, [...] des formations organisées pour le développement de la prévention* ». Malgré ces différences, tous ont conscience de la nécessité de la prévention : « *et puis c'est pour leur bien, pour le bien de l'entreprise, pour sa pérennité* ». L'employeur du tertiaire peut déployer ses moyens pour la prévention de la santé de ses salariés mais ne se sent pas encouragé par le Service de santé : « *les services c'est pour les grosses entreprises* ».

Deux employeurs ont remarqué l'efficacité négligeable de leurs informations pour les salariés concernant la prévention de leur santé : « *je me bats sans arrêt, mais ça change pas [...] y a plein de trucs que les salariés ne font pas [...] c'est une éducation, faut que ça devienne un réflexe et pas une contrainte* », « *on est obligé de rabâcher plein de choses [...] on n'arrive pas à faire prendre conscience aux salariés que c'est pour leur bien* ». Deux critères rentrent en jeu ici : la crédibilité de la personne donnant les conseils « *un chef d'entreprise doit être exemplaire et lui-même porter ses protections pour que les salariés les portent* » et le second, le poids de l'écart de statut entre salariés et employeur : « *(les informations) elles ne sont pas aussi bien entendues et bien prises que si elles venaient d'un tiers extérieur* ». De la même façon, « *un entrepreneur entend mieux un discours quand ça vient de ses pairs plutôt que quand ça vient de la médecine du travail, d'un organisme conseiller ou de l'inspecteur du travail* ». Les discours ont d'autant plus d'impact quand « *on a le même métier* ».

La « *capacité de la médecine du travail à être généraliste* » peut être autant un atout qu'un inconvénient : d'autres « *nous renseignent sur l'organisation du chantier, l'organisation de l'entreprise en amont pour éviter les risques, le médecin n'est pas sur le même champ* ». Leurs premières attentes ne sont donc aujourd'hui pas tournées vers des conseils techniques sur leurs professions mais dans le domaine des visites médicales. Ils attendent du médecin qu'il « *détecte un problème éventuel au salarié à un instant « t » ou un problème d'évolution au poste* ». Un employeur étend ses attentes au Service de santé : qu'il « *accompagne les employeurs dans une démarche de prévention* », qu' « *il soit force de proposition* » et plus généralement « *un changement de vision, ils ont une fausse vision de l'industrie* ». Cet employeur « *entend s'associer* » avec l'intervenant en entreprise et attend « *informations, accompagnement et des témoignages d'entreprises* ». De manière générale, si possible, ils attendent d' « *être renseignés concrètement activité par activité, entreprise par entreprise* », « *un apport technique pointu* ». Aujourd'hui, c'est autre chose qu' « *un ingénieur qu'on appelle et qui se déplace et en qui on a confiance* ». Les employeurs associent confiance, objectivité et compétences. La confiance est un sujet récurrent dans les entretiens, que ce soit dans un sens ou dans l'autre : un employeur raconte différents cas où la personne a fait preuve d'un « *manque de confiance* » envers eux et « *il n'y a pas de relation de travail quand il n'y a pas de relation de confiance* » quand un autre explique qu' « *aujourd'hui le principal obstacle c'est la confiance, je discute avec d'autres employeurs et ils me disent qu'ils n'ont pas confiance en leur médecin, ils ne défendent pas l'entreprise, ils défendent le salarié et bien trop souvent avec un combat politique en tête* ». C'est pourquoi, en réponse aux propositions

faites, cet employeur répondra *« tout ce qui contribue à dépolitiser le débat sera bien vu par les employeurs »*.

Au fur et à mesure des entretiens, les employeurs précisaient leurs attentes et ont suggéré des idées abordant différents thèmes tels que l'information, des rencontres, des modes de communication, d'organisation ou encore de partenariat :

*« Faire facturer, imposer aux patrons de se former, de s'informer [...] des lois changent, ils ne sont pas informés »*,

*« Un petit déjeuner ou un apéritif dinatoire, pour que ce soit plus profitable à plus de monde que de venir nous voir un par un »*, *« un petit déjeuner, comme ceux de la Carsat, sans qu'il y ait un jugement mais un accompagnement »*

*« Faire les invitations par un moyen plus personnalisé, mail, surtout pas de courrier, le téléphone c'est bien »*, *« par téléphone on sera plus dans l'actif, ça accroche »*

*« Que le site soit plus vivant, avec des réunions, des formations, prévenus à l'avance où ils disent inscrivez-vous aux chefs d'entreprises, avec des relances, ils ne se servent pas assez des e-mails »*

*« Que pour une décision sur un salarié du bâtiment le médecin se tourne vers un spécialiste du secteur, l'OPPBTP, qu'ils travaillent directement ensemble, ou qu'il y ait une discussion ouverte entre le dirigeant et le médecin »*

*« Pourquoi pas, découvrir la vie d'un chef d'entreprise »*

*« Mettre en place des formations pour développer la prévention »*, *« des formations secouristes »*

*« Une conférence sur la portée des décisions prises, avec des personnes extérieures qui peuvent être invitées, [...] voir de façon globale la situation »*

-----

Il est indéniable que nous devons développer nos relations avec les adhérents. Nous reprendrons ces idées dans la partie « Actions » du Projet de Service.

## **II.9 Le contexte de la démographie médicale :**

### **Un besoin urgent de professionnels de Santé au Travail**

Les missions attribuées aux Services de Santé au Travail par la loi du 20 juillet 2011 ne peuvent efficacement être assurées par les équipes pluridisciplinaires animées et coordonnées par les médecins du travail que s'il persiste un nombre suffisant de médecins spécialisés en Santé au Travail.

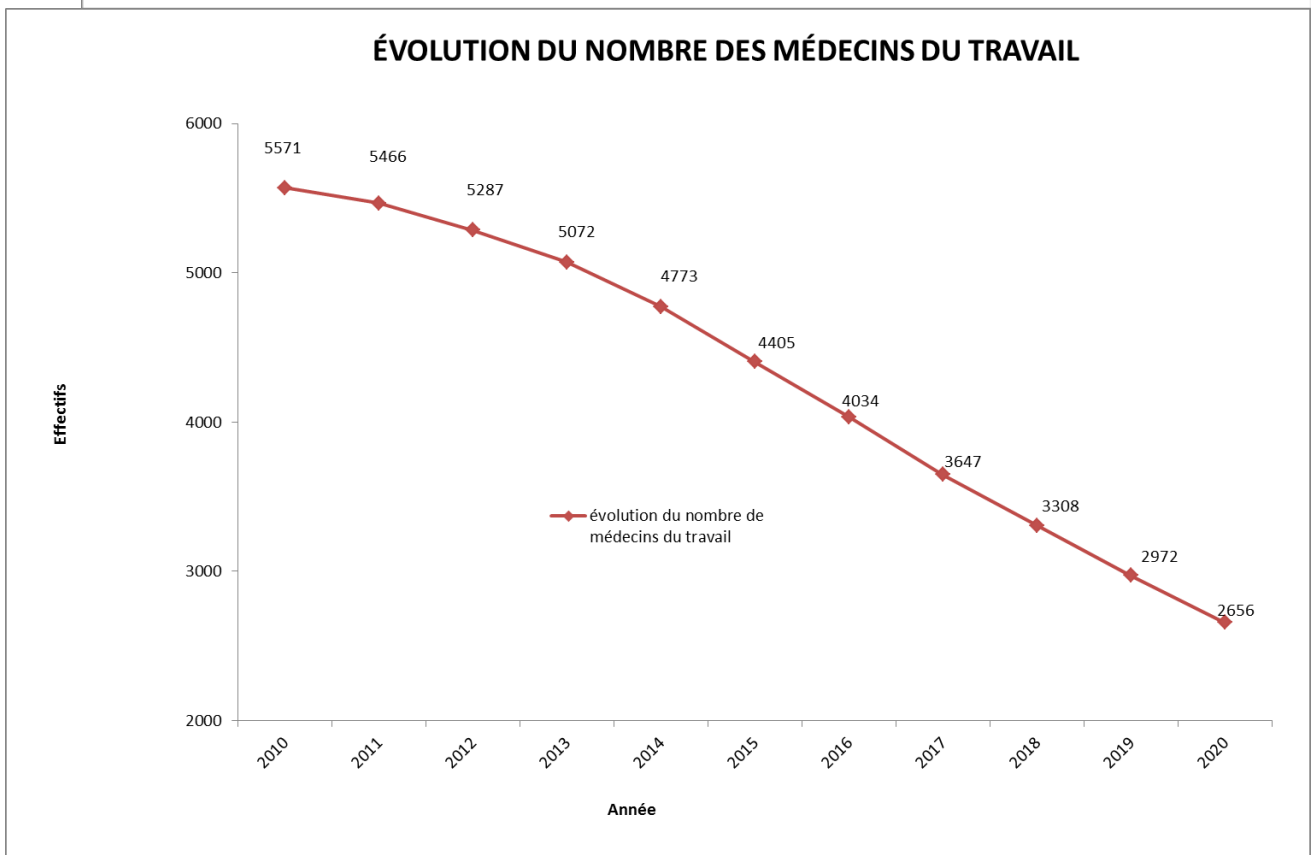
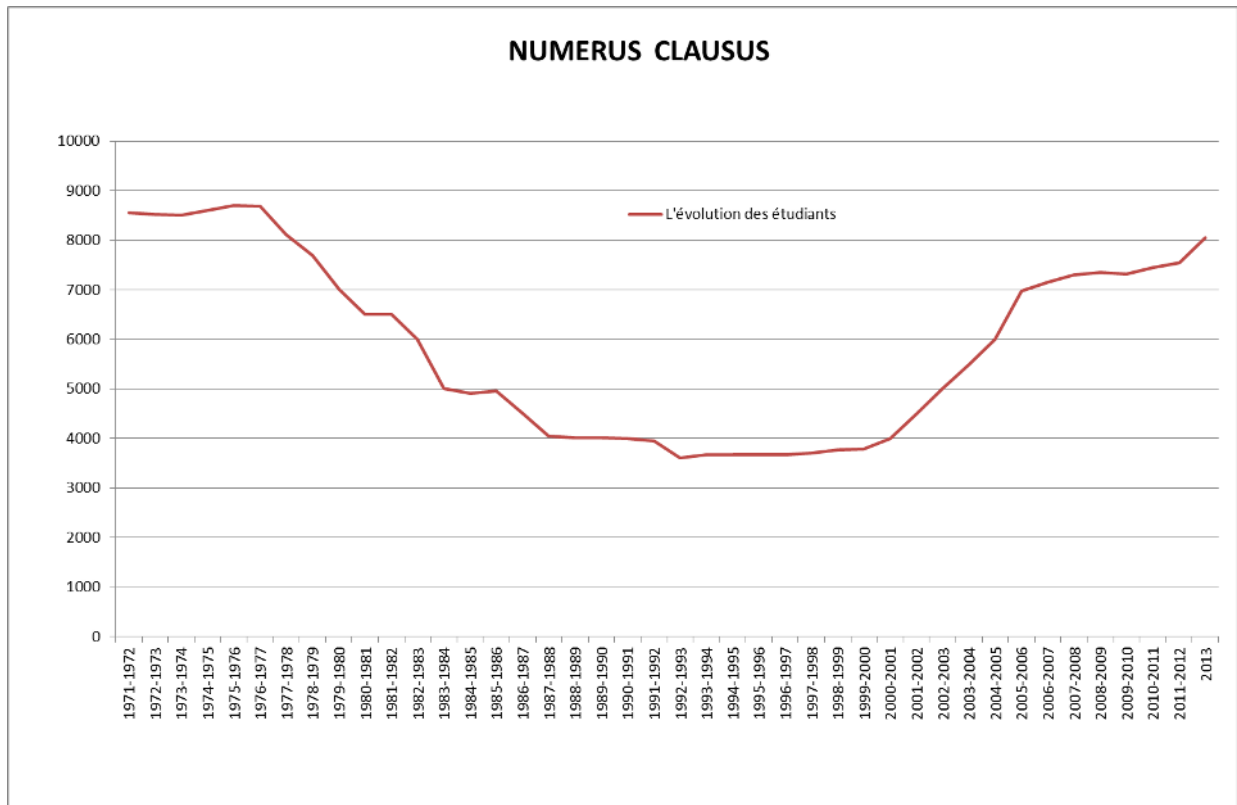
Si le besoin de finaliser un dispositif règlementaire innovant qui tienne compte des réalités d'aujourd'hui reste primordial, il nous semble important de rappeler que notre dispositif ne peut fonctionner sans médecin du travail.

Or, les prévisions démographiques annoncent, au plan national comme au plan de notre Service, une division par deux du nombre de médecins du travail d'ici 10 ans, si rien n'est fait très rapidement.

A titre d'éclairage, les graphiques ci-dessous montrent la courbe du numerus clausus et celle du nombre de médecins du travail en France :

Graphique 47





Graphique 48

C'est pourquoi nous avons demandé et nous continuons de demander instamment auprès des pouvoirs publics de pouvoir disposer d'un nombre suffisant de médecins du travail, mais aussi d'infirmiers, pour remplir les missions que nous a assignées la loi du 20 juillet 2011.

Ce renforcement est d'autant plus nécessaire que des demandes similaires se développeront pour couvrir les besoins de la Fonction Publique et d'autres travailleurs jusque-là non bénéficiaires du dispositif.

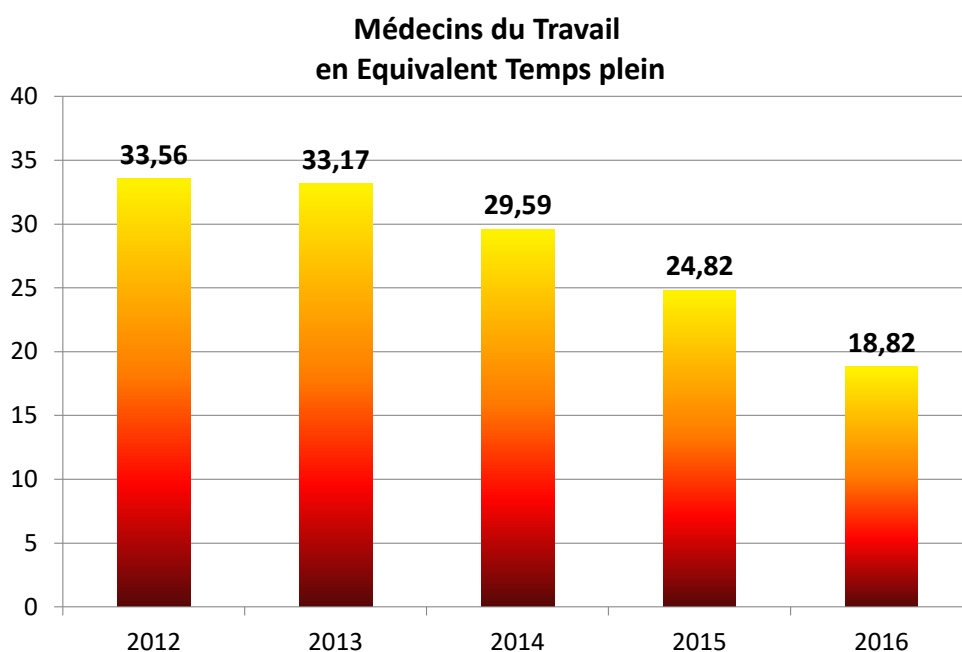
Notre Service a également appuyé le Dr BEN BRICK du CHU qui développe de nombreux efforts visant à susciter et conforter des vocations pour les médecins du travail ou à former un plus grand nombre de médecins du travail qui souhaitent bénéficier d'un changement de qualification.

Nos médecins de travail se portent également volontaires pour accueillir en qualité de tuteurs des internes, qui sont susceptibles d'intégrer d'ici quelques années le Service.

Nos efforts ne peuvent être possibles qu'avec le concours de l'Etat, les structures placées sous son autorité et celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Nous informons chaque année à l'occasion des assemblées générales, la projection de la démographie médicale de notre Service.

Graphique 49



Cette réalité ne se contentera pas d'une simple adaptation, l'analyse capacitaire en lien avec la réglementation du temps médical imposera, au niveau national, de repenser le concept d'aptitude et celui de la visite d'embauche.

Concernant les visites d'embauche relevant encore à ce jour d'un principe figurant dans le code du travail datant de 1946, seule une approche des priorités de prévention des risques permettra d'appréhender et traiter une situation bouleversée par l'évolution du travail et des emplois.

En effet, avec les visites de reprise, à la demande et d'embauche, plus de 50% des visites médicales ne sont pas périodiques. C'est pourquoi les visites périodiques cèdent la place, au fur et à mesure des départs de médecins du travail et de l'accroissement des effectifs dont ils

ont la charge, aux visites dites « prioritaires » (préreprise, reprise, à la demande et embauche pour toutes les formes et durées d'emplois).

La globalité des examens médicaux périodiques et des examens d'embauche tels que prescrits par le Code du travail ne sera, très rapidement, plus assurée par manque de médecins du travail qualifiés, jusqu'à devenir simplement irréalisables dans le cadre législatif en vigueur. Deviennent alors inacceptables l'inégalité de traitement des salariés suivis, l'insécurité juridique qui pèse dans ces conditions sur les médecins, le Service, sans omettre les employeurs dont nous sommes les mandataires.

Pallier cette situation passe, en interne, par un changement de paradigme et, en externe, par une négociation avec notre tutelle dans le cadre du Contrat d'Objectifs Pluriannuels et de Moyens et notre dossier d'agrément.

## **II.10 L'organisation et le fonctionnement du Pôle médical :**

### **Nouvelle organisation – Nouveau paradigme pour les équipes pluridisciplinaires :**

La nouvelle réglementation sur la réforme des Services de Santé au Travail applicable depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012 apporte à cet effet quelques modifications et souplesses, notamment par la disparition des seuils d'effectifs de salariés et d'entreprises rattachés à chaque médecin au profit d'un suivi assuré par une équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail.

C'est donc, comme nous l'avons déjà évoqué, un changement de paradigme que nous devons mettre en œuvre. Notre Service a largement anticipé cette évolution par la mise en place d'un Pôle Technique composé de Préventeurs, par le recrutement d'Infirmières en Santé au Travail et la formation interne de Secrétaires Médicales en Assistantes en Santé au Travail.

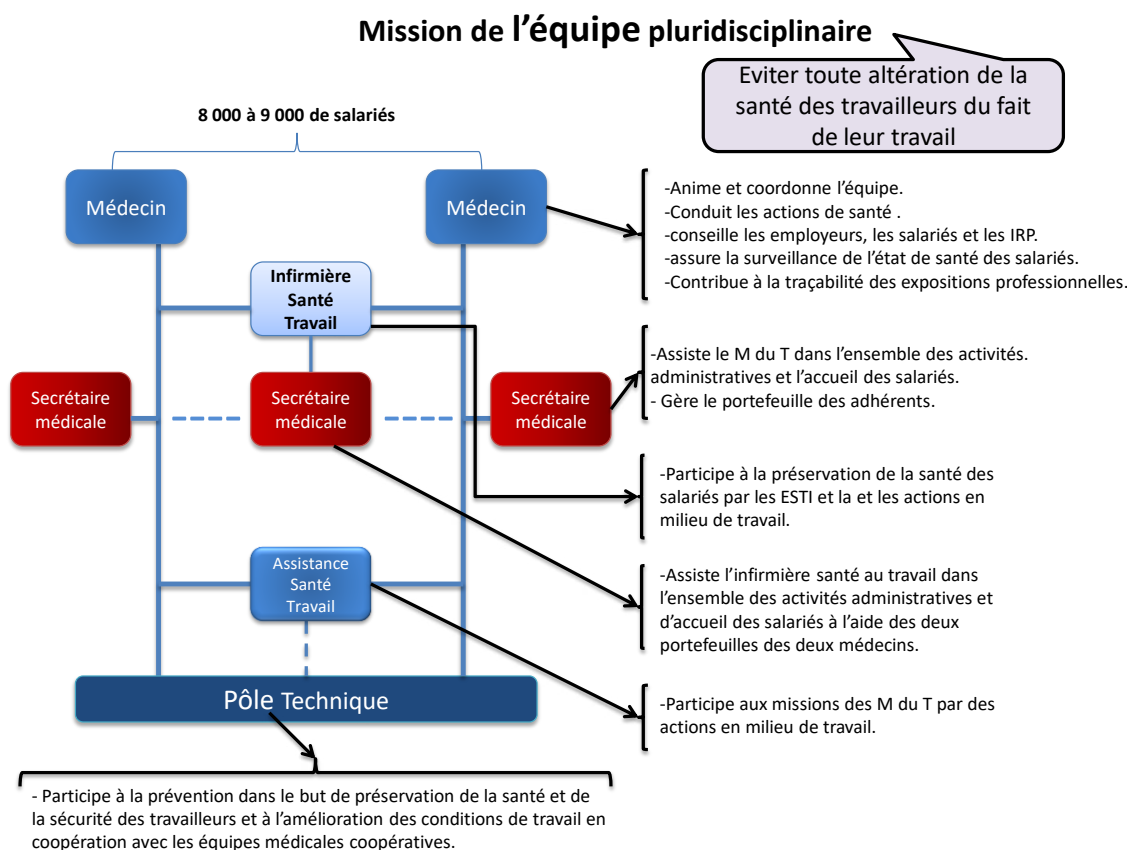
Ce sont ces équipes pluridisciplinaires qui ont et auront la charge de la prévention de la santé des salariés suivis par notre Service. Cela impose une vision qui ne soit pas exclusivement médicale, mais médico-technique, sans opposer la clinique avec la prévention collective.

Le changement de paradigme passera par la définition de priorités sur le secteur suivi par le médecin du travail et la mise en œuvre d'actions de prévention collectives partagées entre tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Parallèlement, nous devons utiliser toutes les souplesses prévues par la nouvelle réglementation (visites d'embauche, visites de reprise, salariés en Surveillance Médicale Renforcée et les entretiens Santé Travail Infirmiers) et prévoir, dans le cadre du CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), des demandes de dérogations à formuler auprès de la Direccte pour sortir de notre formalité impossible.

Pour répondre à la baisse inévitable de médecins du travail, nous envisageons, dès 2014, l'organisation telle que présentée à l'Assemblée Générale du 26 juin 2013 :

Graphique 50



Dans cette organisation le rôle pivot du médecin du travail est crucial. Le médecin conduit l'équipe pluridisciplinaire, il l'anime et la coordonne, il bénéficie pour cela de toute l'autonomie et de l'indépendance indispensable dans l'exercice de ses missions.

Au-delà des priorités d'actions définies dans le présent Projet de Service, le médecin du travail doit les adapter et déterminer ses priorités de santé au travail en lien avec les problématiques de santé au travail de son secteur qu'il a collectées dans le cadre des entretiens cliniques, les informations pertinentes émises par les Infirmières et les Préventeurs qui interviennent dans les entreprises dont il a la charge.

L'efficacité de ses actions et de celles de son équipe nécessite une capacité délégatrice, la fixation d'objectifs aux membres de son équipe, cibler des actions collectives de prévention. Un groupe de travail, composé de 3 médecins et du directeur, recherche une formation adaptée à la conduite d'équipes et à la gestion de projet, pour faciliter cette mise en place. Cette formation débutera en 2014 et se poursuivra les années suivantes afin que tous les médecins du Service bénéficient de cette action.

La coopération avec l'infirmier en santé au travail passe par un fonctionnement homogène au sein du Service. Un groupe de travail en a défini les grands points à suivre et à respecter qui ont été présentés et débattus au sein de la Commission Médico-Technique.

### **II.10.1 Fonctionnement de l'équipe médicale coopérative :**

Un groupe de travail "équipes médicales coopératives" a été créé afin de réfléchir au mode de fonctionnement et en particulier aux relations entre les différents métiers composant ces équipes.

#### **Généralités**

Ce qui est défini ci-dessous repose sur plusieurs éléments:

- Une compétence indiscutable des membres de l'équipe; toute formation complémentaire nécessaire pourra être proposée;
- Une définition précise et acceptée des missions et des "périmètres" de chacun; (voir les définitions de Fonction en vigueur dans le Service)
- Des rencontres formelles, au moins hebdomadaire, et informelles de tout ou partie de l'équipe médicale coopérative.
- Une confiance entière en chacun; cela suppose de dire clairement les choses, d'écouter et d'être écouté.

#### **Les membres de l'équipe médicale coopérative**

##### **Les Secrétaires médicales**

###### **Leur rôle habituel:**

- Assister le médecin du travail dans les tâches administratives et médico-technique
- Gestion des entreprises et des salariés du secteur
- Accueil physique des salariés
- Examens systématiques
- Examens complémentaires
- Gestion administrative
- Autres missions

Les Secrétaires Médicales sont au cœur du fonctionnement de l'équipe, dans les fonctions administratives, mais aussi dans les relations entre les différents membres, entre l'équipe et le Service, entre l'équipe et les entreprises.

Chaque médecin a sa propre Secrétaire Médicale et une Secrétaire Médicale travaille avec l'infirmière. Cela suppose une collaboration totale entre les Secrétaires Médicales, mise en commun de fichier, partage des informations nécessaires. Le rôle de la Secrétaire Médicale de l'infirmière est identique à celui de la Secrétaire Médicale travaillant avec le Médecin, en dehors de la gestion même des entreprises.

Chaque Secrétaire Médicale a la gestion de ses plannings de visites médicales ou d'ESTI en concertation avec le médecin qui définira ses autres activités de tiers temps ou de temps connexe, de même pour l'infirmière, et dans le cadre d'une concertation de toute l'équipe. Cette concertation doit prendre en compte les difficultés d'organisation rencontrées par les Secrétaires Médicales.

## **L'infirmière en santé au travail (IST)**

Rappel : Le rôle propre de l'infirmière est régi par le code de santé publique

Article L4311-1 modifié par [LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 52](#)

*Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.*

*L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.....*

Ainsi que les dispositions prévues aux articles Article R. 4311-1 et suivants du Code de santé publique.

La mission de l'Infirmier en Santé au Travail s'entend sur les secteurs des deux médecins.

Selon la réglementation l'Infirmier en Santé au Travail réalise des ESTI (entretien santé travail infirmier), des actions en milieu de travail conformément à la définition de fonction.

L'ESTI répond également aux dispositions de la Haute Autorité de Santé qui précisent dans ses recommandations :

*Le DMST (Dossier médical en santé au travail) est tenu par le médecin du travail. Il peut être alimenté et consulté par les personnels infirmiers du travail collaborateurs du médecin du travail, sous la responsabilité et avec l'accord du médecin du travail, dans le respect du secret professionnel et dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à l'exercice de leur mission.*

Une trame d'entretien de base est définie pour le Service, cette trame est complétée en fonction des spécificités des différents métiers.

### Etude des dossiers avec le médecin (staff)

Transmettre toutes plaintes, demandes du salarié ou anomalies.

Réunion régulière avec l'équipe pour études des dossiers vus, posant problèmes ou pas.

Point par rapport à l'entreprise.

### Orientation vers le médecin du travail

Possible à tout moment à la demande du salarié.

Si nécessité particulière par rapport à son état de santé et/ou ses conditions de travail.

Suspicion MP

Suspicion risques graves ou immédiat

Nécessité d'un suivi suite à une modification du poste.

Modification probable d'une restriction provisoire faite précédemment par le médecin du travail.

### Planification de la prochaine visite

Avec le médecin du travail référent du secteur.

### Revu par l'infirmière

Suivi d'un problème spécifique avec le salarié.

Bien entendu, l'infirmier en Santé au Travail bénéficie de la latitude nécessaire pour conduire son entretien.

Il est important de préserver la qualité des ESTI, à préférer à la quantité qui est contre-productive. Ce qui est recherché dans les ESTI c'est un suivi des salariés qui permet de détecter des difficultés naissantes ou installées dans le cadre du travail, de donner les conseils utiles et éventuellement de faire appel au médecin.

L'action en milieu de travail ne suffit pas à cerner les problèmes rencontrés par les salariés dans l'entreprise. Un suivi insuffisant des salariés pourrait être considéré comme "une perte de chance".

Se pose aussi la question de la fréquence des ESTI. L'expérience montre, pour les équipes les plus anciennes, une difficulté à assurer un suivi périodique des salariés pour un rythme alternant une fois le Médecin et une fois l'Infirmier.

L'Infirmier en Santé au Travail participe aux CHSCT à la demande du médecin du travail.

## **Le médecin**

### **L'activité du médecin est clairement définie par la réglementation**

- Visites médicales
- Tiers temps
- Connexe
- Formation continue

L'importance de la qualité de la relation du médecin avec les Secrétaires Médicales, les Infirmiers en Santé au Travail et les Assistantes Santé au Travail est un élément majeur pour le bon fonctionnement de l'équipe. Il ne s'agit pas d'un rôle de manager au sens classique du terme, mais plutôt de celui d'un animateur responsable et attentif, mettant la concertation au centre du fonctionnement de l'équipe. L'application de ce que nous pouvons préconiser dans les entreprises.

## **L'assistante santé travail (AST)**

L'AST a un rôle de soutien technique apporté à l'équipe médicale. Sa proximité avec l'équipe médicale lui apporte une connaissance du secteur et doit permettre une relation simple et directe ainsi qu'une réactivité importante pour les activités suivantes:

- Nouveaux adhérents, présentation service, FE
- Métrologie et ergonomie de premier niveau
- Etudes de postes
- Informations

L'AST intervient en entreprise, à la demande du médecin, soit seule, soit avec un autre membre de l'équipe médicale ou un IPRP.

Cette proximité renforcée par la participation aux réunions de l'équipe doit conduire à une véritable intégration au groupe. Cependant une attention particulière doit être apportée, de la part du médecin, à ne pas surestimer les capacités en compétences et en disponibilité de l'AST; compétences qui se développeront avec l'expérience et des formations complémentaires si nécessaires.

Les tâches de chaque membre de l'équipe sont ainsi définies.

### **Les liens entre l'équipe médicale coopérative et les IPRP (l'équipe pluridisciplinaire)**

Les demandes d'interventions des IPRP sont faites (et rédigées) par le médecin ou par son assistante suivant les directives de celui-ci. Le retour de l'intervention de l'IPRP se fait vers le médecin, les informations sont partagées avec l'équipe, peut-être à des niveaux différents suivant les besoins.

Les interventions de l'IPRP, selon les cas, peuvent se faire conjointement avec l'IST ou l'AST; dans ce cas le but est, d'une part d'enrichir la connaissance que celles-ci auront des entreprises et/ou leurs compétences techniques et, d'autre part, de créer un lien avec les employeurs et les salariés qu'elles rencontreront éventuellement par la suite (pour l'IST c'est évident, mais aussi pour l'AST si celle-ci mixe technique et gestion du secteur et des visites). Actuellement les équipes constituées ne travaillent pas encore toutes avec des AST.

Ce travail d'équipe repose sur la disponibilité de chacun pour mettre en place des créneaux communs.

Enfin restera à définir de façon claire, mais souple, les domaines de chacun pour éviter les chevauchements et rester dans la complémentarité. Cette définition ne devrait pas se décréter mais reposer sur l'accord de l'équipe.

La philosophie des équipes médicales coopératives (et plus largement de l'équipe pluridisciplinaire) doit être "communication et confiance"



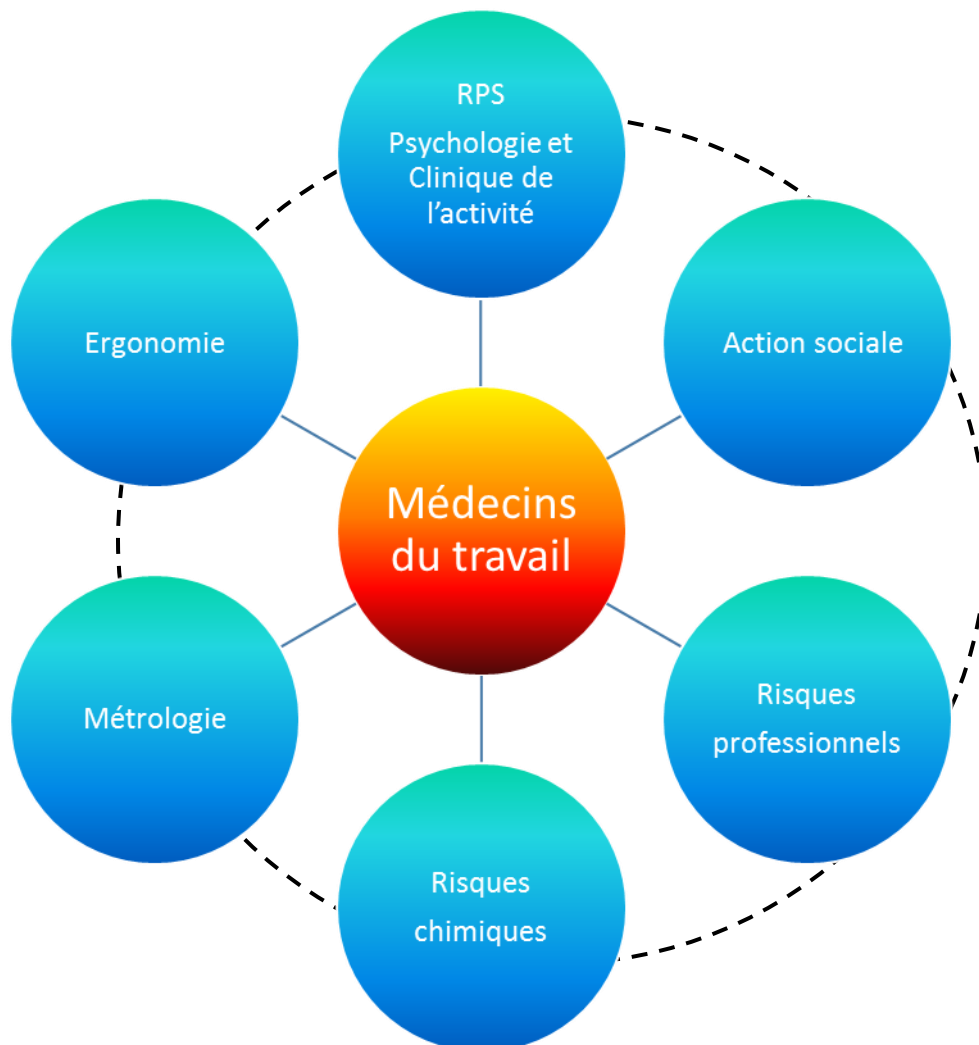
## II.11 L'organisation et le fonctionnement du Pôle Technique :

Les Préventeurs participent à la prévention dans le but de la préservation de la santé et de la sécurité des salariés, et à l'amélioration des conditions de travail.

Les Préventeurs assurent leurs missions en coopération avec l'ensemble des équipes médicales en répondant sur le plan technique aux sollicitations des médecins du travail, en qualité d'animateurs et de coordinateurs de la pluridisciplinarité.

En aide aux médecins du travail, les Préventeurs du Pôle Technique sont organisés en pôles de compétences :

- Action sociale
- Ergonomie/Risques psychosociaux (RPS)
- Métrologie
- Risques professionnels et Risques chimiques



Bien entendu, la pluridisciplinarité implique des interconnexions entre les différentes compétences et les équipes médicales, dans le respect d'un code déontologique d'intervention :

- ✓ Toute intervention fait l'objet de la signature d'une convention entre l'employeur et l'ASSTV précisant les modalités de l'intervention
- ✓ Les interventions sont incluses dans les cotisations versées au Service de santé par l'entreprise adhérente et ne font pas l'objet de facturation supplémentaire
- ✓ Les conclusions écrites sont remises à l'employeur, au CHSCT ou à défaut aux D.P. Les résultats seront en pleine maîtrise de l'entreprise ou de son représentant. L'ASSTV s'interdit de faire état de ces résultats à des tiers, et de les utiliser sans accord préalable de l'entreprise
- ✓ Une charte a été élaborée en 2005-2006 en vue de définir les modalités de travail en pluridisciplinarité avec la corporation des médecins du service. Le présent protocole fixe les modalités de fonctionnement avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire du service et des entreprises adhérentes.

## **II.12 Nos objectifs en santé au travail 2014-2018 :**

Nous sommes dans un système de santé au travail que les contraintes de la démographie médicale (voir graphique 49) nous conduisent à renforcer.

La prévention passera par une meilleure communication entre les professionnels de la prévention et les chefs d'entreprise. Des rencontres entre les professionnels de la prévention et les chefs d'entreprise sont incontournables et le rôle de conseil du médecin du travail vis-à-vis des salariés et des employeurs est central.

La pluridisciplinarité est, dans notre contexte, la seule voie possible afin d'assurer notre mission de prévention de la santé des salariés suivis. La pluridisciplinarité n'est pas un palliatif de nos difficultés liées à la démographie médicale, elle constitue le passage d'un système de médecine du travail vers un système de santé au travail.

Le médecin du travail est le coordinateur et l'animateur de la pluridisciplinarité, sa mission est d'éviter l'altération de la santé du salarié du fait de son travail. Cette mission n'est possible qu'avec l'adhésion de tous les acteurs, employeurs et salariés.

Le médecin du travail, dans la conduite de l'équipe pluridisciplinaire, est le mieux placé pour conduire dans une démarche globale :

- Le repérage des risques potentiellement pathogènes liés à l'organisation et aux conditions de travail;
- la surveillance des travailleurs exposés à des risques particuliers;
- le dépistage des pathologies professionnelles;
- la veille sanitaire en milieu de travail dans un objectif de santé publique;
- les préconisations et conseils relatifs à l'aménagement des postes de travail;
- le maintien dans l'emploi, par la réorientation des salariés en difficulté de santé et par l'accompagnement médical des salariés en situation de rupture professionnelle.

Viser un équilibre entre le maintien d'une approche individuelle et le renforcement de l'action en milieu de travail qui sont deux approches complémentaires dans la compréhension des interactions santé et travail.

Les actions individuelles ne doivent pas empêcher de renforcer des actions collectives prioritaires :

- actions ciblées, qui devront être définies, par chaque équipe, en fonction des risques professionnels au milieu de travail de certains secteurs d'activité ou d'entreprises;

- sur des populations prioritaires rattachées à des postes particuliers, salariés potentiellement fragilisés au risque de désinsertion professionnelle, salariés des TPE, intérimaires, saisonniers...

Pour réaliser nos objectifs de santé au travail, quelques dérogations à la réglementation sont souhaitables et seront abordées lors de la négociation du CPOM (Contrat d'Objectifs et de Moyens) et de notre futur dossier d'agrément avec la Direccte.

Assurer un suivi individuel des salariés, en tenant compte des réalités de notre démographie médicale et dans un souci de sécurité juridique pour le Service, les médecins du travail et les entreprises adhérentes, nécessite les évolutions suivantes :

- le passage des visites des travailleurs de nuit de 6 mois à 12 mois avec une alternance Médecin-Infirmière;
- pouvoir lors de visite de reprise, d'émettre également un avis d'aptitude de visite périodique;
- permettre à l'Infirmier, sous le contrôle du Médecin et protocole écrit, de réaliser les visites de reprise maternité ;
- donner la possibilité aux Infirmiers, sous le contrôle du Médecin et protocole écrit, de réaliser les visites d'embauche.

Malgré ces souplesses, en cas de difficulté, obtenir une alternance, au niveau des visites périodiques de 1 sur 3, soit 1 visite Médecin, 2 ESTI (entretien santé travail infirmier), 1 visite Médecin;

La différence fondamentale entre les divers services de prévention gravitant autour des entreprises et un Service de Santé au Travail est que ce dernier est le seul à avoir un point de vue médical des interactions Homme/Travail.

Tous les autres points de vue peuvent être analysés, et parfois avec plus de pertinence logique, par d'autres préventeurs, y compris l'adaptation des postes de travail, de l'organisation et du management à la physiologie humaine, à la psychologie et à la sociologie. Par contre, l'impact du travail sur la santé et l'inverse, l'influence de la santé sur le travail, ne peuvent être apportés que par l'angle de vue médical.

A cela, il faut ajouter que le médecin et l'infirmier sont les seuls intervenants à recevoir individuellement et isolément, dans le cadre du suivi médical, les salariés leur permettant d'avoir des informations individuelles et collectives ; de plus la formation du Médecin lui permet un raisonnement systémique rendant possible l'appréhension objective de la complexité Homme/Travail.

Ce positionnement est indispensable pour une bonne prévention de la santé des travailleurs ; il est la **spécificité** d'un Service de Santé au Travail, si ce point de vue médical disparaît, le Service de Santé au Travail disparaît.

### **II.13 Priorisation des actions collectives de prévention en santé au travail**

En fonction des éléments de diagnostic, la Commission Médico-Technique privilégie quatre axes d'actions :

- Un axe sur les TMS
- Un axe sur les RPS
- Un axe sur les risques chimiques
- Un axe sur l'information et la communication auprès de nos adhérents

#### **Les Troubles musculo squelettiques:**

Les actions qui seront mises en place seront des actions de sensibilisation, d'information et des interventions ciblées en mobilisant nos compétences internes.

#### **Les Risques Psychosociaux:**

Des actions d'information, de sensibilisation et des interventions ciblées auprès de nos adhérents seront également menées à l'aide d'outils spécialisés.

Une information spécifique « prévention du risque suicide » pourra être faite dans toutes entreprises intéressées avec l'aide de l'équipe du Docteur Chavagnat (psychiatre au Centre Henri Laborit), l'objectif de cette information étant de repérer les situations à risques.

#### **Les risques chimiques**

Les actions qui seront mises en place seront des actions de sensibilisation, d'information et des interventions ciblées en mobilisant nos compétences internes.

#### **L'information /conseil aux adhérents**

Développer notre site Internet avec de nouvelles applications :

- Création d'un portail adhérent qui permettra la mise à jour des données administratives, le paiement des cotisations en ligne, les demandes de visites (Visites périodiques, visites de reprise et visites à la demande de l'employeur).

Le télépaiement est un axe de progrès important au niveau de notre activité et de notre trésorerie tout en facilitant la gestion de nos adhérents et de leur cabinet comptable. Pour rappel, nous émettons chaque trimestre 9800 bordereaux et enregistrons autant de chèques.

Donner la possibilité à nos adhérents de demander des visites par l'intermédiaire du Portail Adhérent est également un progrès majeur. La demande de visite sera automatiquement transmise par courriel à l'Assistante Médicale concernée. Cette nouveauté garantit une traçabilité des demandes et devrait diminuer significativement le nombre d'appels téléphoniques. Ce sera un gain de temps pour tous.

- Mise à disposition de nos adhérents et de leurs salariés d'un système E-Learning sur des thèmes de santé au travail tels que le bruit, l'évaluation des risques, les TMS...., les modules seront préalablement vus en CMT.

Cet outil est développé par l'Afometra (organisme de formation créé et géré par les Services Interentreprises de santé au travail de France), il est prévu de créer chaque année d'autres thèmes.

Les adhérents bénéficieront d'une clé qui donnera accès, par l'intermédiaire de notre site Internet, à une plateforme d'E-learning. A l'issue du module suivi, un questionnaire sera proposé et sa réussite donnera la délivrance d'un certificat.

Nous aurons également des statistiques sur les modules qui sont suivis par nos adhérents. Un forum de questions sera également mis en place et devrait être très instructif sur les besoins en santé au travail.

### **Réunions d'information**

Nous enregistrons chaque mois, en moyenne 50 nouvelles adhésions. Afin de mieux faire connaître le rôle de la médecine du travail, nous souhaitons mettre en place des réunions trimestrielles d'accueil et d'information au bénéfice des nouveaux adhérents.

Dans le même esprit et pour faciliter le dialogue entre les adhérents et notre Service, nous souhaitons mettre en place, chaque année, des réunions d'informations thématiques « risques chimiques, problématiques liées au vieillissement, fumées de soudage..... »

### **AXES DE PREVENTION PRIORITAIRES**

Pour chacun des axes retenus, des populations cibles ont été définies par la Commission Médico-Technique.

Des objectifs généraux ont également été décrits, à savoir :

- Permettre aux différents acteurs de s'engager dans la démarche, de se l'approprier et de se sentir responsables.
- Faire un diagnostic sur la situation réelle.
- Dégager des pistes d'amélioration et définir des objectifs de progrès.

Les cibles retenues bénéficiant de ces actions sont :

- Les activités d'aide à domicile, les maisons de retraites, EHPAD, l'APSA, l'ADAPEI, l'APAJH, l'ADAPEI,

- Les peintres en bâtiment sur la prévention des solvants.
- Les TPE, PME, sur la sensibilisation aux risques psychosociaux
- Tous les adhérents concernant les informations et communications pour le développement des connaissances en santé au travail

### AXES PRIORITAIRES

	TMS	RPS			RISQUE CHIMIQUE	INFORMATION CONSEIL
<b>CIBLES</b>	Secteur médico-social	Secteur médico-social	TPE	Toutes les entreprises	Peintres du Bâtiment	Toutes les entreprises
<b>MOYENS</b>	Informations Sensibilisation Interventions ciblées	Informations Sensibilisation Interventions ciblées et outil DGT	Informations Sensibilisation Interventions ciblées et outil DGT	CHL	Création d'une base de données régionale pour les substances et les produits chimiques	Portails adhérents E-Learning Réunions d'informations thématiques Système d'informations
<b>OBJECTIFS</b>	Engagement, appropriation Responsabilisation Diagnostic de la situation réelle Pistes d'amélioration	Engagement, appropriation Responsabilisation Diagnostic de la situation réelle Pistes d'amélioration	Engagement, appropriation Responsabilisation Diagnostic de la situation réelle Pistes d'amélioration	Prévention des suicides	Engagement Responsabilisation Diagnostic de la situation réelle Pistes d'amélioration	Sensibilisation des chefs d'entreprise et des salariés aux risques professionnels et à la démarche d'évaluation des risques professionnels

L'ensemble des acteurs du Service est concerné par ces axes de prévention. Aussi, pour chaque axe, les groupes de travail élaboreront les actions prioritaires qui seront mis en œuvre dans les 5 années de ce Projet de Service.

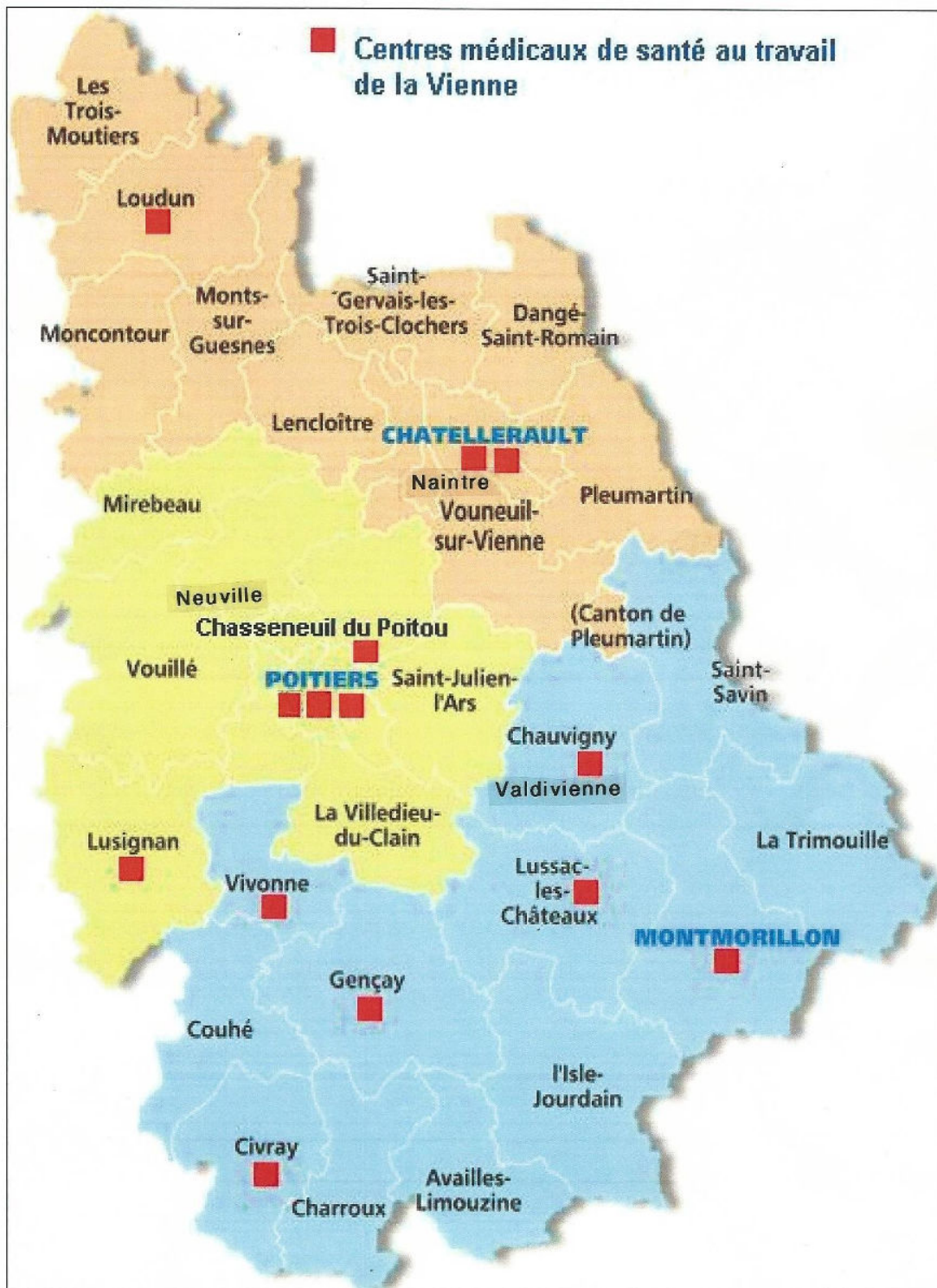
Chaque axe de travail fera l'objet d'une évaluation appropriée.

#### Article 3 - Présentation du Service de santé au travail inter-entreprises :

L'ASSTV est constitué de 9700 Adhérents correspondant à 103 000 Salariés suivis.

Le Conseil d'Administration de l'ASSTV est composé de 8 représentants d'employeurs et 8 représentants de syndicat de salariés, le Président est désigné parmi les membres employeurs, le Trésorier est désigné parmi les représentants des salariés.

L'ASSTV possède 14 Centres médicaux de Santé au Travail sur l'ensemble du département



En comptant notre nouveau centre de Chaumont, nous avons, sur l'ensemble du département, 14 centres médicaux opérationnels. Les effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014 sont répartis par catégorie comme suit :

Ville	Médecin		Assistante Médicale		Infirmière		AST		Préventeur IPRP	
	Nbre	ETP	Nbre	ETP	Nbre	ETP	Nbre	ETP	Nbre	ETP
POITIERS SIEGE	11	8,95	10	9,49	1	1	3	2,78	6	5,89
POITIERS REPUBLIQUE	3	3	2	2						
POITIERS CHAUMONT	2	2	2	1,89						
CHATELLERAULT JOANY	6	5,21	6	5,65	1	1	2	2	1	1
CHATELLERAULT SANITAL	2	2	2	2	1	1				
CIVRAY	1	1	1	1						
CHASSENEUIL	5	4,06	6	6	2	2				
CHAUVIGNY	1	1	1	1			1	1		
GENCAY	1	1	1	0,89						
LOUDUN	1	0,89	1	1	1	1	1	1	1	1
LUSIGNAN		0,20		0,20						
LUSSAC LES CHATEAUX	1	1	1	1						
MONTMORILLON	1	1	1	1						
VIVONNE	1	1	1	1						
TOTAL	36	32,31	35	34,12	6	6	7	6,78	8	7,89

Au-delà de ces 14 centres, nous avons également, dans plusieurs communes, des centres annexes qui sont utilisés en moyenne une fois par semaine par l'équipe médicale. Il s'agit de : Couhé-Vérac, Dangé St Romain, Lençloître, L'Isle Jourdain, Naintré, Neuville, Mirebeau, Moncontour, Pleumartin, Saint Savin, Valdivienne, Vouillé.

Nous possédons également 6 centres mobiles avec lesquels nous suivons encore 15000 salariés répartis dans les zones rurales du département. En raison de la politique du Service, le nombre de visites réalisées en centres mobile est appelé à décroître dans le temps.

#### Article 4 - Axes stratégiques du CPOM :

Le législateur a confié aux services de santé au travail des missions élargies et clairement identifiées :

- ☒ Conduire des actions de santé au travail dans le but de préserver la santé mentale et physique tout au long du parcours professionnel

- ☒ Conseiller pour diminuer les risques professionnels, prévenir pour réduire les conduites addictives, réduire la pénibilité et la désinsertion professionnelle,

- ☒ Assurer la surveillance de l'état de santé en fonction des risques, de la pénibilité et de l'âge,

- ☒ Participer à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire.



Les orientations stratégiques retenues au titre du tronc commun et au terme de la négociation entre les participants à la présente convention sont :

- Axe n° 1 Prévenir les troubles musculo-squelettiques
- Axe n° 2 : Prévention des risques chimiques
- Axe n° 3 : Lutter contre la désinsertion professionnelle
- Axe n° 4 : Prévenir les risques psycho-sociaux
- Axe n° 5 : Participation à la veille sanitaire

Les actions qui s'inscrivent dans chacun de ses axes donnent lieu à l'établissement d'une fiche action.

Chaque fiche action répond à l'ordonnancement suivant :

- Titre de l'action
- Objectifs/ Finalité de l'action
- Partenariat
- Modalités de réalisation
- Moyens respectifs mis en œuvre par les parties prenantes à la contractualisation (humains, appui technique, statistiques, financiers, outils de communication...)
- Indicateurs de suivi
- Calendrier et durée de l'action
- Evaluation de l'action

La description de ces actions devra également permettre l'identification des mesures de mutualisation décidées par l'ensemble des SSTi.

Les fiches actions au nombre de 4 sont annexées au présent contrat.

## **Titre 2. La mise en œuvre du contrat**

### **Article 5- Modalités de suivi**

Chaque année l'exécution de la présente convention donne lieu à l'établissement, à l'initiative du service de santé au travail, d'un rapport annuel soumis à l'avis de la commission médico-technique et du conseil d'administration du service de santé au travail interentreprises.

### **Article 6 – Comité de pilotage**

Il est constitué d'un comité de pilotage chargé du suivi du présent contrat.

Pour le service de santé au travail :

- Le Président, le directeur du Service de Santé au Travail de la Vienne et le secrétaire de la CMT ou son représentant

Pour la Direccte Poitou-Charentes :

- Le Direccte Poitou-Charentes ou son représentant (Responsable Pôle T) et le Médecin inspecteur régional.

Pour la CARSAT CO :

- Le Directeur et/ou son représentant assisté d'un collaborateur.

Le comité de pilotage se réunit une fois par an à l'initiative du service de santé, dans les six mois qui suivent la fin de l'exercice, pour examiner le rapport annuel visé à l'article 5, qui aura été préalablement soumis aux avis des institutions prévues à ce même article, pour tirer le bilan de la présente convention et proposer les adaptations que celui-ci aurait pu rendre nécessaires.

### **Article 7- La révision du contrat**

A la demande d'un ou plusieurs signataires, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications importantes de l'ASSTV
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations.

### **Article 8- Modalités de communication sur la contractualisation et les actions en résultant**

Les communications et publications relatives aux actions engagées ou réalisées en application du présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devront obtenir au préalable l'accord écrit des trois parties.

Cette disposition s'applique pour la durée du présent contrat ainsi qu'après son expiration pour toutes les actions concernées.

Les communications ou publications feront explicitement référence au présent contrat et à la participation de chaque signataire.

Les signataires s'accorderont sur la présentation d'actions au CRPRP et à la Commission Régionale des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (CRAT/MP) de la CARSAT.

#### **Article 9- Durée du contrat et entrée en vigueur**

Le présent CPOM entrera en vigueur le jour de la signature et recouvrera la période de la durée d'agrément du service.

Fait à Poitiers, le 19 mai 2015

Signatures :

CARSAT  
Centre Ouest

DIRECCT  
Poitou-Charentes

Le Service de Santé au Travail  
de la Vienne