

Rapport d'études

Numéro 2

Août 2020

Les conditions concrètes du recueil des données de l'enquête Sumer 2016-2017 : un regard à travers deux études sociologiques

Auteurs Blandine Barlet et Hélène Malmey (IRISSO),
Université Paris Dauphine, avec l'appui de l'équipe
nationale Sumer (Dares, Inspection médicale du Travail).

**1 - Conditions de recueil
de données
et pluridisciplinarité
dans l'enquête SUMER
de 2016-2017**

Blandine Barlet

**2 - La participation
des médecins du travail
à l'enquête
SUMER 2016-2017**

Hélène Malarmey

Résumé

L'enquête SUMER a pour objectif d'établir une cartographie nationale des expositions aux risques professionnels. Les deux documents d'études présentés ici présentent les enseignements de la collecte de la 4^{ème} édition de cette enquête, qui a eu lieu en 2016-2017.

La collecte repose sur l'expertise des médecins du travail volontaires. Ceux-ci remplissent les questionnaires avec les salariés de l'échantillon enquêté qui leur ont été attribués par tirage aléatoire. Le protocole de l'édition 2016-2017 de l'enquête permettait aux médecins participants de se faire assister par leur équipe pluridisciplinaire pour la collecte, afin de tenir compte les transformations de la médecine du travail. En dépit de cette possibilité, les médecins ont été deux fois moins nombreux que précédemment à participer à la collecte.

Pour analyser les conditions concrètes du recueil des données de Sumer et mieux comprendre cette baisse de participation des médecins, deux post-enquêtes ont été lancées par la Dares. Elles s'intéressent à la mise en œuvre du nouveau protocole et aux déterminants de la participation des médecins. Ces travaux montrent que même si les médecins reconnaissent l'intérêt et la qualité de l'enquête, le protocole s'intègre difficilement à un exercice professionnel en pleine évolution. Les conditions favorables à l'implication des équipes et au bon déroulement de l'enquête dépendent notamment de l'engagement en ce sens des services de santé au travail.

Mots clefs : expositions aux risques professionnels, veille sanitaire, santé au travail, médecins du travail, pluridisciplinarité, services de santé au travail

Introduction

L'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) élaborée depuis 1994 par la Direction de l'Animation, de la Recherche et des Etudes Statistiques (Dares) et l'Inspection Médicale du Travail (Direction Générale du Travail), en partenariat avec la Direction générale de l'administration et de la Fonction publique (DGAFP), connaît sa quatrième édition en 2016-2017. Le champ de l'enquête a depuis été élargi : elle couvre désormais l'ensemble des salariés du secteur privé et du secteur public, en France métropolitaine et dans les Départements d'Outre-mer (DOM)¹.

Ce dispositif repose sur l'expertise des médecins du travail volontaires qui remplissent, avec le salarié, un questionnaire de vingt pages sur les expositions professionnelles, lors de la visite médicale périodique ou visite d'embauche de plus de trois mois. Cette enquête est reconnue pour la qualité des données collectées qui servent à orienter la recherche scientifique sur les risques professionnels ainsi que les politiques de prévention à mettre en place. Elle contribue à l'amélioration de la santé des salariés et de la prévention par la connaissance des expositions professionnelles. Les différentes éditions de l'enquête Sumer (1994, 2003 et 2010), avec la dernière édition 2016-2017, offrent une perspective sur 20 ans des évolutions de l'exposition professionnelle des salariés.

Lors de la campagne 2016-2017, le protocole a évolué pour s'adapter à la baisse de la démographie médicale ainsi qu'aux conséquences des dernières réformes de la médecine du travail : nouvelles collaborations liées à l'introduction d'entretiens infirmiers², évolution des conditions de travail des médecins. Cela permettait aux médecins participants de se faire assister par des membres de leur équipe pluridisciplinaire (infirmier(e)s, intervenants en prévention des risques professionnels – IPRP-, assistant(e) en santé au travail - ASST) pour le remplissage des questionnaires, tout en gardant l'entière responsabilité de l'enquête. De plus, un effort important en matière de formation a été déployé par l'équipe nationale Sumer. Malgré cela, la campagne 2016-2017 mobilise deux fois moins de médecins volontaires : ils sont 1 244 en 2016-2017 contre 2 400 en 2010-2011.

Dans ce contexte, deux post-enquêtes ont été lancées par l'équipe nationale Sumer pour comprendre les conditions concrètes du recueil des données de Sumer 2016-2017³ et la baisse de la participation des médecins à la collecte de l'enquête. La première étude réalisée par Blandine Barlet (IRISSO, Paris Dauphine) dans le cadre d'un post-doctorat, porte sur l'appropriation des changements dans le protocole de

¹ Pour plus d'éléments sur le champ de l'enquête, voir : Coutrot T., Memmi S., Rosankis E., Sandret N., Léonard M., Morand S., Tassy V., 2018, L'enquête SUMER 2016-2017 : bilan de la collecte. Références en Santé au Travail, n°156, INRS.

² Depuis la réforme de la santé au travail du 1er juillet 2012, le médecin du travail peut confier certaines activités aux infirmiers tels que les Entretiens Santé Travail Infirmier (ESTI) et les Actions en Milieu de Travail (AMT).

³ Une publication issue de ces deux enquêtes va paraître dans la revue Références en Santé au Travail : Barlet B., Malarmey H., Memmi S., Nouveau protocole et baisse de la participation des médecins : La collecte de données de l'enquête SUMER 2016-2017 à l'épreuve de l'organisation de la santé au travail Références en Santé au Travail, n°156, INRS. (mars 2019)

collecte par les services de santé au travail (SST). La seconde étude menée par Hélène Malarmey (IRISSO, Paris Dauphine) dans le cadre d'un stage d'études à la Dares, a examiné les ressorts de la participation des médecins à Sumer.

Ces deux études montrent que les médecins du travail ont plutôt une vision positive de l'enquête Sumer. Pour autant, l'évolution de leurs conditions de travail limite considérablement leur participation. En effet, les médecins éprouvent de plus en plus de difficultés à insérer l'enquête dans leur pratique professionnelle.

Ces travaux soulignent également le rôle essentiel des équipes dans le recueil des données et la mise en œuvre des nouvelles collaborations dans Sumer, en particulier le rôle des secrétaires médicales et celui des infirmier(e)s.

Enfin, ces deux études révèlent que l'implication et le soutien des directions des services de santé au travail jouent un rôle majeur dans la participation des médecins au recueil de données et dans la réussite de l'objectif de collecte. Malheureusement, ces dernières apparaissent peu impliquées dans la pratique, bien que la veille sanitaire fasse partie des missions assignées aux services de santé au travail par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Celle-ci leur prescrit en effet de « *participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ».

Au-delà de l'enquête Sumer, les résultats de ces deux études interrogent l'avenir des dispositifs de veille en santé au travail dans le contexte de changements importants que connaît ce secteur depuis quelques années. En effet, la participation volontaire et massive des médecins acceptant une surcharge temporaire de travail pour contribuer à une entreprise collective semble avoir atteint ses limites. Il est donc nécessaire de réfléchir à une plus grande intégration institutionnelle de ces dispositifs de collecte d'information dans le fonctionnement ordinaire des services de santé au travail pour améliorer leur coordination et rendre la participation volontaire des médecins compatible avec les autres missions des services. Cela paraît essentiel pour garantir la qualité et la pertinence des informations recueillies et participer ainsi à l'objectif d'amélioration de la santé des salariés et de la prévention, dont la connaissance des expositions professionnelles constitue une condition *sine qua non*.

1 - Conditions de recueil de données et pluridisciplinarité dans l'enquête SUMER de 2016-2017

Blandine Barlet

Remerciements

Ce rapport s'appuie sur la richesse des témoignages des praticiens et praticiennes de la médecine du travail, assistant.e.s, infirmier.e.s, et personnels de direction qui ont acceptés de me rencontrer pour revenir sur leur expérience du recueil de données SUMER. Je les remercie tous vivement pour cette précieuse participation.

Merci également à l'équipe nationale de SUMER d'avoir commandé et piloté cette étude, plus particulièrement à Sarah Memmi pour son initiative et son suivi bienveillant et enthousiaste, et aux dr. Véronique Tassy et Sigolène Morand pour leur implication durant l'enquête et leur accueil dans leurs régions - ainsi qu'au dr. Erick Marganne pour son appui précieux sur le terrain.

Nos réunions et discussions informelles ont beaucoup nourri les résultats ici présentés.

Merci enfin à Arnaud Mias et aux membres de l'IRISSO (Paris Dauphine) pour avoir offert à ce travail un cadre institutionnel et un suivi scientifique stimulant.

SOMMAIRE

Remerciements.....	1
Introduction.....	3
Partie 1 : Les ressorts de la participation à l'enquête SUMER	6
1) Une activité valorisante	6
La valorisation de l'activité des services de santé au travail	6
Participer à construire des chiffres dans un cadre méthodologique solide.....	8
2) SUMER : une occasion d'apprendre ou de jouer son rôle de prévention ou une enquête « déconnectée du quotidien » des médecins ?	10
3) Le rôle clé des DIRECCTE et des directions de service sur la mobilisation des équipes.....	12
Partie 2 : Des collaborations essentielles mais parfois empêchées : le rôle des équipes dans le recueil de données SUMER.....	17
1) Un appui « historique » dans le recueil de données : l'assistante médicale	17
Quelques rappels concernant l'activité d'assistante médicale en service interentreprises.....	17
L'implication des assistantes médicales dans l'enquête SUMER : un soutien indispensable aux médecins	19
Le ressenti des assistantes : une période « lourde ».....	23
2) L'enquête SUMER vécue par des médecins collaborateurs : des avantages pédagogiques discutés, et des difficultés dues à une connaissance limitée des effectifs.....	25
3) Le recueil de données SUMER : un bon baromètre de l'intégration des infirmières dans les services.....	29
Les infirmières de santé au travail : une fonction encore en rodage dans les SST ...	29
Un continuum dans les degrés de participation des infirmières au recueil de données Sumer.....	31
Une participation invisible	38
4) Un accès aléatoire des médecins aux ressources pluridisciplinaires.....	40
Partie 3 : Des conditions de recueil de données tributaires des types d'effectifs suivis : une veille difficile sur certains publics et certaines expositions.....	41
1) Quand le type de publics influe sur l'enquête : des très petites structures et des publics précaires difficiles à cerner	41
2) Le rôle des évolutions des modalités de suivis de ces publics dans le déroulé de l'enquête	43
3) Une enquête qui passe mal auprès des adhérents en mal de visites médicales ...	44
4) L'identification des risques chimiques : une tâche difficile à mettre en œuvre....	45
La difficulté pour les médecins d'identifier les risques chimiques.....	46
L'appui des IPRP dans l'identification des risques chimiques : des toxicologues précieux sur le long terme, mais rarement sollicités sur l'enquête.....	48
L'impact des conditions de recueil de données sur la partie « agents chimiques » : le risque d'une sous-déclaration	51
Partie 4 : Après l'enquête. Ressenti des enquêteurs et perspectives	52
1) Une insatisfaction par rapport à leur propre participation.....	52
2) La « chance au tirage » : éviter les risques chimiques ?.....	54
3) Que va devenir SUMER ?.....	57
Conclusion	59
Bibliographie	61

Introduction

L'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) permet d'obtenir depuis 1986 une sorte de cartographie nationale des risques professionnels. Ce qui fait sa spécificité et sa force, c'est qu'elle s'appuie non pas sur des enquêteurs professionnels, mais sur des médecins du travail volontaires, qui deviennent enquêteurs pour l'occasion. L'enquête est donc enrichie de leur expertise.

Lors de la campagne 2016-2017, les médecins participants peuvent pour la première fois faire appel à d'autres professionnels pour les aider à remplir les questionnaires, et notamment leurs collègues qui sont présents au titre des nouvelles collaborations introduites par les récentes réformes dans les services interentreprises – les infirmières et les IPRP.

D'après le descriptif du mode de collecte rédigé pour la demande de label qualité, tout cela est optionnel, dépend de la volonté du médecin, et reste sous sa responsabilité:

« En 2016-2017, la collecte restera sous la responsabilité du médecin du travail, qui pourra se faire aider des membres de son équipe pluridisciplinaire : infirmier, IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels), secrétaire assistante ... Le recueil des données auprès des salariés sera toujours réalisé au cours de l'examen médical périodique (ou de l'entretien infirmier qui peut s'y substituer par dérogation) au moyen d'un questionnaire anonyme standardisé, rempli par le médecin du travail (ou l'infirmier et contrôlé par le médecin du travail).

Concernant la partie du questionnaire sur l'organisation du travail, le médecin (ou l'infirmier) devra, comme avant, retranscrire les réponses du salarié. Pour les parties sur les expositions physiques, chimiques et biologiques, qui ont un caractère plus technique, il s'appuiera toujours sur son expertise médicale et sur les réponses du salarié. Il pourra compléter le questionnaire en procédant à une visite du poste de travail pendant son tiers-temps (qui pourra également être réalisée par les IPRP). »

La raison de l'ouverture du protocole d'enquête à des non-médecins est double. Il s'agit d'une part de refléter la nouvelle réalité des services, qui sont aujourd'hui pluridisciplinaires. Le médecin est aujourd'hui assisté dans sa pratique quotidienne par de nombreux acteurs. Il n'est plus considéré comme le seul dépositaire d'une expertise sur les conditions de travail et sur les expositions aux risques professionnels : ouvrir l'enquête aux non-médecins est une manière d'entériner ces changements.

D'autre part, on sait que le contexte n'est pas très favorable à une enquête, que les médecins du travail sont de moins en moins nombreux, du fait d'une démographie très vieillissante¹, et souvent débordés. Il s'agit donc aussi d'essayer de pallier une désaffection possible des médecins pour l'enquête en les encourageant à déléguer une partie de la charge que l'enquête représente sur leur exercice quotidien.

¹ Sur la question de la « pénurie » de médecins du travail, voir Marichalar Pascal (2010), « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », in *Politix*, vol. 23, n°91.

Or, de fait, même en ouvrant à l'équipe, la dernière campagne essuie une importante désaffection des médecins, ils ne sont plus que 1244 sur 5000 médecins alors qu'en 2009-2010 ils étaient 2400 sur 5900 médecins. Sur les 1200, seuls 800 ont effectué une collecte complète (20 questionnaires minimum).

Après avoir envisagé d'ajouter un item permettant d'identifier plus précisément le répondant (médecin ou infirmière), l'équipe nationale de SUMER y renonce finalement de peur d'alourdir le questionnaire et se retrouve donc privé de visibilité sur l'effectivité des collaborations mises en œuvre dans l'enquête.

L'enquête dont les résultats sont présentés ici a donc été initiée pour revenir, sur le terrain, sur les conditions de déroulement de cette dernière campagne, notamment au niveau de la participation des acteurs de la pluridisciplinarité à l'enquête.

La série de questions initiale était la suivante : quelles ont été les conditions concrètes de recueil de données lors de la dernière campagne SUMER dans les services inter-entreprises? Comment les nouveaux acteurs des services ont-ils été mobilisés, et comment se sont-ils impliqués dans l'enquête? Qu'est-ce que cette nouvelle possibilité a changé pour les médecins, en termes de conditions de recueil de données ?

Prolongeant ces interrogations initiales, un autre a émergé en cours de route : les équipes nouvellement constituées ont-elles les moyens de faire jouer leur expertise dans le cadre d'une enquête comme SUMER ?

Pour tenter de documenter les réponses apportées à ces questionnements, ce rapport sera organisé en quatre parties. Tout d'abord, nous nous pencherons sur les ressorts de la participation, soit tout ce qui, d'après ce qu'en ont dit les acteurs interrogés, a déterminé leur motivation à s'engager – en les influençant positivement ou au contraire en faisant obstacle à leur engagement. La seconde partie porte sur les collaborations mises en œuvre dans le cadre de l'enquête, et sur la manière dont elles jouent sur les conditions de recueil de données. La troisième partie porte sur les contraintes sur la collecte de données qui sont liées aux types de publics, d'entreprises et de risques rencontrés. Enfin, dans une quatrième et dernière partie, nous reviendrons, toujours à partir du témoignage des participants, sur le sentiment général que leur a laissé cette participation, en terme cette fois de satisfaction ou d'insatisfaction vis-à-vis du travail effectué. Les conditions d'enquête plus ou moins faciles ont en effet influé sur le déroulement de l'enquête, mais aussi, logiquement, sur la manière dont le processus d'enquête est par la suite perçu par les acteurs – et dont ils se projettent alors sur d'éventuelles enquêtes à venir.

Méthodologie

La méthodologie utilisée s'appuie sur les outils de la sociologie qualitative, principalement sur des entretiens semi-directifs réalisés à partir d'un guide d'entretien portant sur l'activité professionnelle générale des personnes interrogées, d'une part – organisation du travail, conditions de travail, collaborations, effectifs suivis, rapport au travail - et d'autre part sur la manière dont ils ont vécu leur implication dans la dernière campagne de recueil de données – organisation de l'enquête, collaborations sur le recueil de données, difficultés rencontrées, perception générale de l'enquête.

Je me suis déplacée pour cela au sein de sept services interentreprises de trois régions différentes (Bourgogne Franche Comté, Pays de la Loire et Ile de France)². Pour plusieurs de ces services, je suis allée dans différentes antennes pour pouvoir rencontrer les médecins et leurs équipes directement sur leur lieu de travail. Deux des services étudiés suivent spécifiquement les entreprises du secteur du bâtiment et travaux publics.

Sur l'ensemble de ces structures, 65 personnes ont été touchées en entretiens (médecins, assistantes, infirmières, directions). La prise de rendez-vous est organisée avec l'assistance des médecins inspecteurs ou des médecins coordinateurs de ces services, ce qui la facilite. Cependant, les modalités d'entretien me sont parfois un peu imposées : certains services privilégient la formule des entretiens collectifs, tandis que d'autres préfèrent les entretiens individuels. Cette diversité des modalités de prise de parole des acteurs me permet finalement à la fois d'avoir accès à de longs témoignages « en privé » et à d'assister des interactions entre acteurs révélatrices des différents positionnements possibles au sein d'une même organisation. Ces données s'avèrent complémentaires³.

J'ai aussi demandé de la documentation à la DARES sur les débats précédents l'ouverture de l'enquête à des non médecins (comptes rendus de réunions par exemple).

² Notons que deux MIRT issus des Pays de la Loire et de Bourgogne Franche Comté font partie de l'équipe nationale de SUMER. Pour cette raison, l'entrée sur le terrain a été facilitée, mais les contextes étudiés ont aussi probablement été biaisés par la forte implication de ces médecins inspecteurs dans l'enquête, et leur capacité de mobilisation de leurs consœurs et confrères médecins du travail, probablement supérieure à celle des autres MIRT.

³ Ces entretiens ont pour la plupart été enregistrés et retranscrits. Les extraits utilisés ici, en italique, sont précédés le plus souvent d'une mention indiquant le sexe et la profession, ainsi que les modalités d'entretien de la personne citée. Quand ces précisions n'apparaissent pas, c'est pour des soucis d'anonymat : le fait de donner ces précisions pourrait rendre la personne qui s'exprime trop reconnaissable. Les extraits d'entretiens qui n'ont pas été enregistrés n'apparaissent pas en italique car ils ont été plus grossièrement retranscrits.

Partie 1 : Les ressorts de la participation à l'enquête SUMER

La médecine du travail est une profession qui a souvent du mal à se positionner, entre l'employeur et les salariés, entre des missions de sélection et des missions de protection de la santé des salariés : certains auteurs parlent à son sujet de « crise identitaire » perpétuelle⁴. Dans ce cadre, l'activité de veille en santé au travail semble pouvoir rassembler, voire s'avérer valorisante.

Pour la campagne de recueil de données 2009-2010, 2400 praticiennes et praticiens participent sur une population de 5900 médecins du travail, ce qui permet de toucher aléatoirement beaucoup de salariés partout en France et d'en tirer des chiffres importants sur leurs conditions de travail. Les médecins en tirent le sentiment d'échapper collectivement au cadre étroit de leur quotidien professionnel pour participer à un projet qui va dans le sens de l'intérêt général.

Pour la dernière campagne, 2016-2017, la participation est pourtant bien moindre. Même si cette question de la désaffection pour l'enquête n'était pas au cœur de nos questionnements initiaux, elle s'est imposée en filigrane de l'enquête : les participantes et les participants interrogés ont aussi été touchés par les défections autour d'eux. Ils ont tout d'abord pu constater qu'ils étaient souvent très minoritaires dans leur service, et cela les a questionné. C'est pourquoi la question des ressorts de la participation à l'enquête s'est imposée dans les entretiens. Sur quels éléments repose l'envie de se lancer dans l'enquête ?

1) Une activité valorisante

La valorisation de l'activité des services de santé au travail

Les médecins et les équipes ont évoqué plusieurs éléments de motivation à leur participation, parmi lesquels la valorisation de leur activité est en bonne place.

Cet aspect valorisant pour les médecins d'une activité de veille épidémiologique a déjà été pointée par M. Gilles comme particulièrement important dans des moments où le système de prévention – et le métier de médecin du travail, du même coup – était largement redéfini :

« Les enquêtes nationales sur les conditions de travail bénéficiaient auprès d'une grande partie des médecins du travail d'un fort crédit. Outre leur légitimité scientifique, progressivement acquise, la participation des médecins, depuis le début des années 1990, à

⁴ Buzzi, S., Devinck, J.-C., Rosental, P.-A., 2006, La santé au travail, La Découverte, Paris.

quelques unes de ces enquêtes (notamment SUMER ou ESTEV) avait contribué à (re)donner un sens à leur activité, pour certains à sortir de l'isolement, pour d'autres à ouvrir de nouvelles voies de valorisations professionnelles, à un moment où des interrogations et des craintes sur l'avenir de la médecine du travail se faisaient de plus en plus prégnantes »⁵.

Plusieurs praticiens et praticiennes interrogés expriment un regret que leur activité soit mal connue du public, et le souhait de la voir gagner en visibilité. L'enquête SUMER se présente comme une opportunité de mettre en avant l'expertise des acteurs des services de santé au travail, de la faire apparaître dans une étude à la portée importante.

C'est le cas notamment d'une praticienne au statut de « médecin collaborateur » qui affirme que cet élément a été source de motivation pour sa participation à l'enquête :

Femme, médecin collaborateur, plus de 50 ans :

« Ce qui m'a motivé pour faire ça c'est que je trouve que c'est un métier qui est mal connu. Tous les métiers de la santé au travail, même les secrétaires, les infirmières. Combien de fois on entend « la vie est belle, vous ne travaillez pas après 5h »... Je pense que bien sûr, chacun a sa responsabilité, dans la manière d'être, et de véhiculer, mais notamment, ces enquêtes là, ça permet d'asseoir une crédibilité d'un métier parce que dans le monde du travail, qui va s'occuper du salarié ? Ben à part le médecin du travail, pas grand monde ! Et c'est quand même un milieu rude. »

Ici la personne interrogée défend, au delà de l'enquête, le rôle social de la médecine du travail, rempart pour les salariés confrontés à un monde du travail de plus en plus rude. Une praticienne plus expérimentée parle elle d'une « évidence » : l'expertise nécessaire à l'enquête appartient uniquement à l'équipe de santé au travail, c'est donc une occasion unique de la faire valoir.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans

Les services de santé au travail sont les seuls à pouvoir apporter ces renseignements, ça me paraît être une évidence, on est tellement décriés partout, que au moins on a la possibilité de montrer que cette connaissance c'est l'équipe qui l'a, c'est pas l'extérieur, donc ça me paraissait évident de faire SUMER et donc j'ai mouillé un peu tout le monde.

Ces éléments concernant la valorisation de leur activité leur sont aussi soufflés par les médecins inspecteurs. En effet, lors des formations SUMER, les médecins inspecteurs insistent sur cet aspect là de l'enquête, et ces arguments sont entendus et repris à leur compte par les médecins du travail comme des éléments de motivation.

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Pouvoir évaluer notre action, je pense que c'était important au niveau national parce que la médecine du travail était un petit peu sur la corde de raide à un moment donné. (Le médecin inspecteur) nous disait que vraiment

⁵ Gilles Marion, Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013. La portée nationale de l'enquête SUMER est également pointée en 1990 par N. Dodier comme un élément essentiel à la mobilisation des médecins. Dodier Nicolas, *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage : la contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels*, Document Travail-emploi, 1990, p. 89.

ces enquêtes étaient nécessaires pour qu'au niveau du ministère... qu'on fasse connaître un peu notre utilité, faire savoir ce qu'était le milieu du travail quoi, sortir des statistiques... Et je trouve que c'est un bon moyen de faire connaître notre action.

Une praticienne convaincue de l'intérêt de l'enquête regrette que la participation ne soit pas massive, et déplore en particulier le fossé générationnel qu'elle ressent : les jeunes médecins de son service se sont moins impliqués. Plus généralement, ils ont selon elle moins le souci que leurs aînés de défendre leur métier et ses spécificités.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Moi je ne comprends pas que tout le monde ne participe pas, et que tous les vieux soient au premier rang (...) J'ai l'impression que les jeunes, sous le couvert légitime d'avoir des effectifs... c'est décevant en fait parce que c'est aussi défendre le métier, défendre sa déontologie de médecin du travail, qu'on a fait par choix, de participer à ce genre d'enquêtes, sinon on se fait bouffer par des gens extérieurs alors que la santé au travail a une spécificité bien particulière, il y a des choses qu'on est les seuls à pouvoir sortir.

Il est difficile, dans le cadre de notre enquête, de confirmer le ressenti de cette praticienne et de parler de surreprésentation des médecins les plus âgés : la médecine du travail souffrant aujourd'hui d'un vieillissement important, davantage de médecins de plus de 50 ans ont été rencontrés sans que l'on puisse pour autant confirmer catégoriquement ce fossé générationnel. Toutefois, les chiffres qui se dégagent des dépouillements de l'enquête le confirment : le médecin participant type est une femme, plutôt avancée dans sa carrière.

Participer à construire des chiffres dans un cadre méthodologique solide

La motivation à participer peut aussi venir de l'image globalement positive qu'ont les médecins du travail de l'enquête SUMER.

Ce qui ressort en premier lieu, c'est que SUMER est une enquête qui est jugée sérieuse par les médecins. Ils apprécient les garanties de scientificité présentées en formation ou glanées sur Internet. Les plus consciencieux regardent de près la méthodologie avant de s'impliquer. Le fait que le recueil de données, même s'il est jugé fastidieux, se fasse dans ce cadre jugé très solide, apparaît nettement comme une motivation à participer.

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

Avant de prendre ma décision je suis quand même allée à la réunion parce que je voulais être sûre que la méthodologie était correcte, parce que j'aurais refusé si j'avais trouvé la méthodologie bizarre, j'ai refusé de participer à d'autres enquêtes pour cette raison là. C'est pas la peine qu'on s'implique si c'est foireux.

De plus, l'enquête est bien connue dans le milieu de la santé au travail et a également eu le temps de faire ses preuves : les médecins citent souvent les analyses de résultats consultées dans les publications de l'INRS ; ils ont pu constater d'eux-mêmes l'utilisation qui était faite des données qu'ils recueillaient. L'utilisation de l'enquête et de ses résultats par l'action

publique est mise en avant : par leur rôle de veille épidémiologique, les médecins du travail peuvent contribuer à éclairer les politiques publiques de prévention, comme l'explique cette même praticienne :

Je fais ça pour les résultats : qu'est-ce que ça peut faire pour aider à avancer dans la prévention et dans les décisions nationales, pour qu'on fasse mieux ? J'ai parfois l'impression que c'est une goutte d'eau dans l'océan, notre travail.

Dans ce cadre, il est perçu comme valorisant de se positionner comme un maillon indispensable à l'élaboration de ces chiffres en santé au travail, qui seront notamment utilisables pour la recherche et dans un objectif de santé publique. Les médecins qui vont dans ce sens lient fréquemment cette motivation avec une expérience hospitalière ou en santé publique (passée ou concomitante) ; c'est le cas de ce médecin qui exerce un jour par semaine à l'hôpital :

Homme, médecin du travail, entre 45 et 50 ans, entretien individuel :

Je suis partant, je considère que les études c'est très très important pour avancer en médecine, pour la recherche. A l'hôpital, c'est le cœur de mon métier, les questions qu'on me pose, si j'ai pas de publications, je ne peux pas répondre. Du coup moi je suis convaincu ! Moi je pense que la médecine du travail elle participe à la santé publique. En plus quand on sait qu'il y a des salariés qui n'ont jamais vu de médecins, c'est leur première consultation.

Une praticienne explique ses motivations de manière similaire :

Femme médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

Avant, j'étais praticien hospitalier, donc pour moi c'était la première enquête et... mon idée c'était, pour participer, j'ai fait beaucoup de recherche clinique donc pour moi c'est important de pouvoir participer à ce type d'enquête.

De plus, l'infirmière avec qui elle travaille est également issue du secteur hospitalier, ce qui, selon elle, leur rend la procédure relativement facile du fait d'une habitude de ce type de procédures que n'ont pas d'autres médecins. Du fait de cette expérience, elle essaie d'aider ses consœurs et ses confrères à relativiser la difficulté de s'engager dans l'enquête :

Bon, j'ai la chance d'avoir une infirmière qui sort de l'hôpital et qui elle travaillait sur l'hépatite C ce qui fait que les protocoles thérapeutiques et les enquêtes, nous on n'a pas peur parce qu'on en a fait des caisses. La façon de travailler, les délais, ce sont des choses qui ne nous embêtaient pas trop. Je l'ai dit en CMT, c'était pas si compliqué, c'était pas catastrophique.

Dans un service de taille importante, les médecins qui participent pour la première fois à l'enquête sont plusieurs à être issus de carrières en santé publique, comme l'analyse un responsable :

Les médecins qui ont une carrière hospitalière derrière eux... ils sont autonomes extrêmement vite, et ils aiment bien tout ce qui est épidémiologie. Parmi les volontaires, il y a plusieurs anciens « santé publique »... il y a peut-être un lien.

L'implication des acteurs peut donc être plus facile quand leur expérience professionnelle passée leur a permis d'acquérir une certaine familiarité avec la production de statistiques en santé, ou encore qu'elle les a amené à devoir manier des données statistiques dans des productions scientifiques.

2) SUMER : une occasion d'apprendre ou de jouer son rôle de prévention ou une enquête « déconnectée du quotidien » des médecins ?

La question de l'insertion de l'enquête dans le quotidien professionnel des médecins (N. Dodier parle de « greffe de l'outil SUMER sur la pratique médicale »⁶) est cruciale pour comprendre leur engagement. Cette question s'avère à double tranchant : si les médecins débordés regrettent de devoir lui consacrer autant de temps qu'ils estiment « déconnecté » du reste de leur activité, d'autres apprécient le fait qu'elle leur donne l'opportunité de s'extraire de leur quotidien professionnel – que ce soit pour approfondir certaines questions ou pour revenir à des visites périodiques qui se raréfient.

Tout d'abord, l'enquête SUMER s'insère pour les médecins du travail débutants, ou pour les collaborateurs médecins, dans un parcours pédagogique ; pour les plus confirmés, elle reste une opportunité d'apprendre, d'approfondir certains éléments que leur quotidien professionnel ne leur laisse généralement pas le temps d'approfondir. En cela, elle constitue une méthode de travail propice au défrichage de situations mal connues et ainsi potentiellement à la découverte de nouvelles expositions, comme l'expliquent ce praticien et cette praticienne de deux services différents :

Homme médecin du travail entre 40 et 45 ans, entretien collectif :

L'intérêt c'est que tu prends un salarié au hasard, du coup tu t'intéresses à ses conditions du travail, tu creuses quelque chose que tu n'aurais pas creusé sinon, et tu découvres des choses que tu n'aurais pas découvert autrement.

Femme médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

Il y a par exemple des choses sur l'organisation du travail que je n'aurais pas spontanément abordées (c'est difficile de déroger au schéma qu'on s'est fait dans sa tête) donc j'ai appris des choses sur l'entreprise et son organisation que je ne savais pas. Les questions sont libellées de façon différente, donc ils ne répondent pas de la même façon. Déjà, quand on leur demande ce qu'ils font, leur métier, ils répondent, un titre. Donc ça d'accord, je sais, c'est écrit sur le papier et là il faut tirer les fils, c'est tellement leur quotidien pour eux c'est banal donc ils vont m'en servir qu'une petite partie. Ce qui est pas mal dans SUMER, c'est que cet abord différent, avec des questions fermées, ça m'a permis d'apprendre des choses que j'aurais pas su, d'abord parce qu'en un quart d'heure on est limité, on ne peut pas tout aborder, et parce que pour eux c'est banal et le banal passe à la trappe et moi j'ai pas forcément les questions adaptées à ça.

⁶ N. Dodier, 1990, *op.cit.* p. 14.

En entretien collectif, deux médecins (homme entre 40 et 50 ans et femme entre 40 et 50 ans) reviennent sur leur expérience de SUMER et sur ce que le questionnaire a permis de mettre au jour. Le fait de recourir à un questionnement systématique fait en effet parfois sortir des expositions qui n'étaient pas soupçonnées par le médecin, et donc qu'il n'aurait pas spontanément cherché lors d'une visite médicale traditionnelle.

A : Un de mes 20 dossiers a abouti sur une exposition que je ne soupçonnais pas et derrière, à une enquête plus approfondie « risques chimiques », et ça a orienté une action derrière.

C'est une entreprise qui pour moi ne faisait que des audits en céramique (les bols qui arrivent de chine, pour pouvoir les vendre, il faut faire des tests pour être sûr que quand on mange on ne s'intoxique pas) et je connaissais très bien les produits qu'ils utilisaient. Et en fait, elle me dit que depuis un an et demi ils font aussi les contenants plastiques, donc je suis allé dans l'entreprise pour vraiment identifier des risques chimiques que je ne soupçonnais pas, et le pôle chimie y est allé. J'aurais peut-être découvert ça en CHSCT un peu plus tard, ça ne faisait pas longtemps.

B : Moi c'est pareil, pourtant je vois du plomb partout mais il y a une entreprise où je pensais pas du tout qu'il y avait du plomb et en fait il y en avait. Donc ça reste toujours très intéressant.

Pour ces médecins, la participation à l'enquête n'est pas déconnectée du quotidien professionnel : elle fait partie d'un suivi plus global des entreprises et des risques qui les caractérisent, ce qui la rend « intéressante » pour eux.

A l'inverse, d'autres mentionnent l'aspect « déconnecté » de SUMER par rapport à leurs conditions de travail quotidiennes comme un obstacle à la participation à l'enquête, ou à son déroulement dans de bonnes conditions. D'une part, l'enquête ne s'intègre pas sans heurt dans le quotidien professionnel. Contrairement par exemple à une implication dans d'autres enquêtes, les médecins jugent que SUMER exige un effort important d'aménagement de leur emploi du temps pour pouvoir se consacrer au recueil de données. A ce titre, la comparaison avec l'enquête EVREST est parfois mobilisée : cette dernière enquête, dont le questionnaire tient sur un simple recto-verso, n'accapare ni le temps du salarié ni celui du médecin, elle est donc jugée bien plus pratique à mettre en œuvre⁷. D'autre part, du point de vue cette fois de leurs relations avec les employeurs, les entreprises n'ont plus l'habitude des visites périodiques et sont donc suspicieuses vis-à-vis de ces convocations soudaines, qui apparaissent aléatoires.

Cependant, plusieurs médecins rencontrés se félicitent aussi de leur participation à l'enquête SUMER comme d'une opportunité de s'extraire d'un quotidien professionnel prenant et

⁷ Marion Gilles a étudié la manière dont le recueil de données EVREST s'insérait dans l'activité quotidienne des médecins et il en ressort l'idée d'une utilisation stratégique de l'enquête dans le contexte global de l'exercice de leur profession. De par la longueur du questionnaire, cette instrumentalisation de l'enquête est moins aisée quand il s'agit de SUMER, qui d'après les entretiens est davantage perçue comme une enquête menée en parallèle de l'activité « normale » que comme une facette de l'activité. Gilles Marion, *op.cit.*

aliénant. Le temps de l'enquête, le médecin et son équipe prennent un peu de distance vis-à-vis de tâches quotidiennes qui sont de plus en plus tournées vers une gestion de cas difficiles et de moins en moins vers une activité de prévention primaire – l'espacement progressif des visites périodiques, ainsi que les entretiens infirmiers, ont considérablement diminué la proportion de visites « de routine » effectués par les médecins, au point que certains disent ne plus du tout en effectuer. L'enquête permet alors de renouer avec une pratique préventive en rencontrant des salariés bien portants, comme l'exprime cette praticienne :

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

On ne voit que les cas les plus pourris mais on aimerait avoir plus de temps pour avoir une vision réelle des entreprises, et du monde du travail en général, donc on perd en efficacité et en découragement aussi parce que voir des gens toute la journée qui sont... Bon, c'est comme ça, mais... Notre métier a changé, on a un prisme de plus en plus étroit sur les entreprises et le monde du travail et on n'est pas forcément très réalistes sur le monde du travail. Tout n'est pas noir, tout n'est pas blanc et on ne voit que du noir ! Donc c'est vrai que SUMER finalement c'était plutôt reposant par rapport aux autres visites.

Plus pragmatiquement, une praticienne qui exprime par ailleurs un point de vue critique vis-à-vis de SUMER exprime aussi l'opportunité que l'enquête représente pour légitimer un retour à la pratique des périodiques :

Femme, médecin collaborateur, 50-55 ans, entretien individuel :

On avait un retard sur les périodiques, ça a été un moyen d'en faire passer un maximum.

Ce retour aux visites périodiques peut être agréable pour le médecin du travail, et constitue donc une motivation potentielle : revenir en amont des problématiques de santé au travail pour avoir une autre perception des entreprises suivies.

La « greffe » de l'enquête SUMER dans la pratique médicale ne peut prendre de manière efficace que si les conditions sont réunies pour qu'elle prenne : pour cela, il faut du temps et des moyens aux médecins, dont ils estiment bien souvent ne pas ou ne plus disposer. La plupart des médecins identifient ce manque de temps comme une problématique importante, et révélatrice d'un changement de conditions de travail, mais aussi d'une déstabilisation plus profonde du métier et de ses missions. Plusieurs médecins ont exprimé, lors de l'entretien ou de discussions informelles, ne plus pouvoir mener à bien les missions qu'ils estiment être les leurs, mais se retrouver accaparés par d'autres.

3) Le rôle clé des DIRECCTE et des directions de service sur la mobilisation des équipes

L'enquête SUMER est identifiée comme émanant de la DGT et des DIRECCTE ; sa promotion est assurée localement par les médecins inspecteurs. Le premier contact avec l'enquête est un courrier de la DIRECCTE encourageant les médecins à participer, puis

l'invitation à une formation SUMER à laquelle un médecin inspecteur participe. Par la suite, un médecin inspecteur reste le référent local de l'enquête. En quoi cette affiliation directe aux tutelles des services influence-t-elle les potentiels participants ?

Les médecins inspecteurs tissent tout d'abord des relations avec les médecins de leur secteur qui peuvent les aider à persuader leurs consœurs et confrères de participer à l'enquête⁸. Dans un cas rencontré, un médecin inspecteur a récemment pris ses fonctions après avoir quitté un important service de la région. Dans ce cas, on peut imaginer qu'il ait pu avoir une influence relativement importante sur ses anciens collègues, à la fois de fait de relations cordiales ou amicales, mais aussi parce que cette proximité le rend légitime à leurs yeux : il connaît bien leurs conditions de travail et leurs contraintes.

Les médecins inspecteurs les plus partie prenante de l'enquête (ceux qui sont dans l'équipe nationale) organisent aussi des formations internes aux services, même quand ce ne sont pas des services de taille très importante, ce qui permet parfois efficacement de convaincre.

Ainsi, les cinq médecins d'un service interentreprises me relatent leur participation comme étant liée à ce contact avec leur médecin inspecteur, qui les a convaincu et dont ils reprennent les arguments :

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif

Ben... C'est vrai que Mme X. insistait bien sur le fait que la médecine du travail avait besoin aussi de... Elle vend bien son truc hein. Montrer que en fait... pouvoir évaluer notre action, je pense que c'était important au niveau national parce que la médecine du travail était un petit peu sur la corde de raide à un moment donné. Elle nous disait que vraiment ces enquêtes étaient nécessaires pour qu'au niveau du ministère... et qu'on fasse connaître un peu notre utilité, faire savoir ce qu'était le milieu du travail quoi, sortir des statistiques... et je trouve que c'est un bon moyen de faire connaître notre action. C'est pour ça qu'on ne m'a pas forcé hein.

Plus tard dans l'entretien, les autres médecins reviennent sur le rôle du médecin inspecteur dans leur participation. Ils se sont sentis à la fois très poussés, mais aussi encouragés au niveau logistique : le médecin inspecteur s'est assuré de rendre les conditions propices à la participation.

MDT 1 : C'est un volontariat dirigé. Elle ne nous demande pas vraiment, elle nous dit qu'on va le faire !

MDT 2 : Bon, elle a bien présenté, elle a suscité l'intérêt.

MDT 3 : Et elle a mis la forme aussi pour qu'on soit volontaires, pour qu'il n'y ait pas d'obstacle. On devait commencer en novembre mais tous nos planning étaient déjà fait, donc j'ai dit « si je participe ce n'est qu'en début d'année », elle a dit « pas de problème, on peut décaler de deux trois mois ».

Le déplacement du médecin inspecteur en CMT pour présenter la démarche au service peut également avoir un impact positif. Dans le cas de ce service en particulier, le fait que le

⁸ N. Dodier avait déjà pointé, dans son rapport de 1990, le fait que « la nature des relations entre les médecins inspecteurs et chacun des médecins et services médicaux de sa région », qui peut prendre des formes très diverses, influait sur la participation des médecins à l'enquête et sur ses modalités. Dodier Nicolas, *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage : la contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels*, Document Travail-emploi, 1990, p. 87.

président, représentant les employeurs de leur bassin d'emploi, soit systématiquement présent en CMT a pu être un élément facilitateur. En effet, les médecins ont certes pris la décision de participer, mais ils avaient l'aval tacite du patronat en la personne de leur président, qu'ils ont senti intéressé à la présentation du docteur V⁹. La décision se présente alors comme une décision collective, comme le raconte la directrice du service :

Le docteur V. m'a recontacté cette année pour recommencer l'opération SUMER. Elle est venue, lors d'une réunion collective, ça devait être en CMT, pour nous présenter l'opération. Ensuite la CMT décide – mais on peut dire les médecins – de faire ou ne pas faire les choses. Quelle priorité on donne. Tout ça a été fait d'un commun accord en CMT, et pour nous le président est toujours présent, donc on a quand même le langage des chefs d'entreprises. Il est évident que si on est en sous-effectif de médecins et qu'il y a des visites médicales, l'AMT va souffrir... Mais jusque là on a toujours eu un écho favorable des médecins pour participer à des enquêtes. La preuve : SUMER. La direction n'a absolument rien imposé, elle a en plus favorisé le terrain, de recevoir le Dr V. pour qu'il y ait une vraie présentation, que les gens se sentent bien. Chaque étude a ses spécificités mais à aucun moment, les administrateurs, le président, moi, on a empêché quelque chose.

D'après cet extrait d'entretien, le rapport entre le service interentreprises et la DIRECCTE peut s'avérer facilitant pour la participation des médecins. Le service interentreprises, et plus précisément sa direction, peut alors – ou pas – prendre le relais de l'entreprise de promotion de l'enquête.

Lors d'un entretien individuel dans un autre service, une praticienne mentionne le fait que les médecins de son service ont été fortement encouragés à participer par leur direction, du fait des difficultés d'agrément : une participation massive des médecins permettrait au service de contenter la DIRECCTE, dans le contexte de rapports tendus et de faiblesses d'organisation pour lesquelles la direction cherche à se racheter.

Dans un autre cas, au contraire, un médecin remarque que la direction du service se contente de relayer les informations mais n'encourage pas ses médecins à participer, au contraire. Les conditions de travail offertes aux médecins ne leur permettent de toute façon pas de participer à l'enquête, d'après ce médecin qui a finalement choisi de ne pas s'impliquer dans le recueil de données :

On avait une direction qui n'avait pas de volonté qu'on travaille sur ce genre de projet mais ça c'est... ça a pas été dit directement mais bon elle n'appuie pas ce genre d'actions. Elle relaie, sinon ça se verrait trop et puis bon, pour SUMER on est contactés directement, donc tout ne passe pas par elle... Mais je pense personnellement que ça lui a fait plaisir qu'il y ait peu de médecins qui participent... chez nous c'est tendu avec la DIRECCTE, donc tout ça, ça rentre sûrement en ligne de compte. Je ne maîtrise pas tout, mais ils sont en bisbille sur pleins de sujet. Il y a du règlement de compte dans l'air. Et elle ne pousse pas spécialement à ça, et de toute façon, elle peut difficilement argumenter de nous pousser à faire ça, alors qu'elle nous surcharge de travail à côté.

⁹ Contrairement aux critiques faites à l'enquête selon laquelle elle recruterait uniquement des médecins « militants », les médecins rencontrés dans ce service, convaincus par leur médecin inspecteur, n'ont pas ce profil et se montrent à plusieurs reprises pendant l'entretien particulièrement soucieux des intérêts des employeurs. On peut penser que c'est précisément auprès de ces médecins que le rôle du médecin inspecteur est particulièrement important : seuls, ils n'auraient probablement pas fait cette démarche.

Toutes les directions de services ne se prononcent pas sur la participation des médecins à SUMER, toutes les CMT non plus. Quand elles le font, c'est surtout pour encourager la participation¹⁰. Quand elles s'abstiennent au contraire d'encouragements, les médecins perçoivent une indifférence, voire une volonté implicite de décourager les participants potentiels.

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien individuel :

Il n'y a eu ni incitation, ni publicité pour cette enquête cette année là mais (...). Je résume ça comme ça : on n'avait pas encore digéré la réforme. Alors oui... Les mails de la direction sur Sumer, il n'y en a pas beaucoup. Peut-être un. Ils n'étaient pas moteurs, pas comme pour les enquêtes précédentes, il y avait une publicité et on nous aidait. Alors que là c'était uniquement du volontariat de chaque médecin.

Ce médecin a perçu que du fait de difficultés internes que traversait le service au moment de l'enquête, la direction s'est abstenu de promouvoir la participation à SUMER comme elle avait pu le faire précédemment. Ainsi, dans ce service de taille importante, seuls trois médecins, indépendamment les uns des autres et sans se concerter car ils étaient dispersés sur le territoire couvert par le service, ont pris l'initiative individuelle de participer, largement parce qu'ils étaient chacun historiquement partie prenante de l'enquête.

Dans d'autres services, en revanche, la hiérarchie émet des encouragements sous différentes formes. Dans un service de taille importante, la participation est définie comme une priorité et les médecins sont encouragés par des mesures concrètes :

Mdt 1 : SUMER a été une priorité de service.

Mdt 2 : Avec la conjoncture de nos consultations, il fallait vraiment bien enrober le truc. Parce qu'il fallait être motivés pour y aller...

Mdt 1 : Si c'était pas une priorité ! On a insisté que du temps leur serait dégagé et qu'il y aurait pas de pression, et du coup ça leur a permis de dire ok. D'ailleurs en nombre de médecins, on était plutôt bien.

Toutefois, si la participation dans ce service a été jugée raisonnable, elle est tout de même jugée décevante par les responsables, au vu de l'engagement jugé « fort » du service envers l'enquête.

La gouvernance des services est en partie responsable de la défection des médecins vis-à-vis de la dernière campagne. En effet, depuis la réforme de 2011, la mission de veille en santé au travail incombe aux directions de service, à elles donc de la mettre en œuvre par une politique adaptée, permettant aux équipes de s'investir dans des enquêtes telles que SUMER. Or, dans le cas de SUMER, cette mission est théoriquement invoquée, mise en avant, mais pratiquement rarement accompagnée de réelles mesures facilitant le recueil de données (trinôme médecin/infirmière/secrétaire opératoire, équipe pluridisciplinaire facilement

¹⁰ Des cas de directions décourageant explicitement leurs médecins de participer à l'enquête SUMER nous ont été rapportés, mais ils sont cantonnés à des services autonomes.

mobilisable par les médecins, effectifs permettant un suivi adéquat des salariés et de leurs conditions de travail, etc.). Plus généralement, les conditions de travail permettant de suivre les salariés et les entreprises d'une manière que les médecins estiment correcte sont aussi celles qui permettent de s'investir sans trop de frais dans un rôle de veille.

Ainsi, si l'absence d'encouragements des directions peut nuire à la participation, les encouragements et les directives qui en émanent ne suffisent pas non plus à motiver les médecins. Leurs motivations sont apparues fragiles dans les entretiens, toujours mises en balance avec des conditions de recueil de données – qu'elles soient anticipées ou bien vécues – qui n'ont pas été jugées favorables à la mise en œuvre de l'enquête.

Partie 2 : Des collaborations essentielles mais parfois empêchées : le rôle des équipes dans le recueil de données SUMER

Dans cette partie, nous reviendrons sur les interrogations initiales concernant les conditions de recueil de données et les éventuelles difficultés rencontrées, ou, au contraire, les éléments facilitant le processus d'enquête.

Dans le cadre du nouveau protocole d'enquête ouvrant la possibilité de faire participer de nouveaux acteurs, nous allons centrer notre analyse des conditions de recueil de données telles qu'elles nous ont été décrites en entretien sur la question des collaborations mises en œuvre pour mener à bien SUMER.

Certaines de ces collaborations sont préexistantes à ce changement de protocole : les assistantes médicales ont été depuis le début de l'enquête de précieuses alliées pour les médecins. Elles constituent bien souvent un rouage indispensable pour mener l'enquête dans des conditions que les participants jugent bonnes. D'autres collaborations sont plus nouvelles : pour la première fois, les infirmières pouvaient être sollicitées et elles l'ont largement été, bien que certains services ou certaines régions aient fait jouer ces nouvelles collaborations plus que d'autres. Les IPRP, notamment sur les risques chimiques, pouvaient également être sollicitées mais les données recueillies sont décevantes à cet égard : il ne l'ont été que dans un seul des services enquêtés.

1) Un appui « historique » dans le recueil de données : l'assistante médicale

La participation des assistantes et des secrétaires à l'enquête SUMER est très variable selon les équipes : elle va d'une assistance minimale à une assistance se déclinant à chaque étape de déroulement de l'enquête, de l'amont à l'aval. Cela s'explique par l'insertion historique des secrétaires dans les services. Premières collaboratrices des médecins, elles sont aussi divisées entre leur activité d'assistantes médicales et d'autres activités en lien direct avec leur hiérarchie : la direction du service.

Quelques rappels concernant l'activité d'assistante médicale en service interentreprises

Les secrétaires médicales sont mobilisées de manière très diverses par les médecins qu'elles assistent, et leur activité couvre ainsi potentiellement un domaine très large. Ces dernières ont longtemps été les seules assistantes des médecins dans les services de santé au travail. Elles partagent leur temps entre l'assistance d'un médecin en particulier (pour lequel

elles convoquent les salariés, les accueillent, et préparent la consultation médicale), et une activité qui vise plus généralement au bon fonctionnement du centre : accueil et orientation des salariés à l'entrée du centre, permanences téléphoniques. La proximité du médecin du travail, mais aussi des salariés, sont des éléments qui contribuent à valoriser la pratique des secrétaires.

De plus, leur activité de convocation, si elle semble à première vue mécanique (il s'agit de remplir un planning), requiert une forme de stratégie élaborée avec le médecin. Les secrétaires jouent les équilibristes entre, d'un côté, l'exigence de leur hiérarchie (la direction du service) qu'un maximum de visites soient honorées pour donner satisfaction aux entreprises adhérentes, et, de l'autre, la demande des médecins d'avoir des « vacances » raisonnables leur laissant une marge temporelle en cas de visite imprévue ou si une consultation doit prendre plus de temps que celui qui est normalement imparti. Au gré de leur expérience et de leur connaissance des entreprises appartenant au portefeuille du médecin du travail qu'elles assistent, elles développent des stratégies qui relèvent d'un « travail d'organisation »¹¹. Elles alternent des visites potentiellement chronophages ou problématiques avec des rendez-vous dont elles prévoient qu'ils seront simples et rapides (visite d'embauche par exemple, ou périodique quand le salarié est connu) ou qu'ils ne seront probablement pas honorés (entreprise implantée très loin et/ou dont l'employeur se montre plutôt défavorable à la médecine du travail).

Les secrétaires sont d'autant plus précieuses pour les médecins qu'elles sont les seules à pouvoir rendre plus prévisible le déroulé de leurs vacances en jouant sur la durée présumée des consultations, sur l'anticipation d'un absentéisme des convoqués, etc. La « zone d'incertitude »¹² que représente le tout venant des consultations médicales se retrouve réduite par l'interprétation stratégique que font les secrétaires de leur activité de convocation. Elles assument un travail d'ajustement du nombre de visites à leur contenu présumé.

En plus du travail prescrit d'accueil, de préparation des visites et de convocation des salariés, certaines tâches sont affectées aux secrétaires faute d'une autre main-d'œuvre disponible. Leur activité est donc composée de tâches hétérogènes (j'ai rencontré lors de mon travail de doctorat des secrétaires formées en audiométrie, ou jouant le rôle de « correspondante informatique », par exemple). Ainsi, les attentes des services vis-à-vis des

¹¹ Marie-Anne Dujarier a montré que dans divers contextes de travail, ce sont les acteurs qui sont en bas de la hiérarchie, en contact direct avec le public (ici, les entreprises et leurs salariés), qui se retrouvent en position de devoir résoudre les contradictions inhérentes à leur travail et effectuent alors un véritable « travail d'organisation ». Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2006

¹² Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

secrétaires sont diverses et couvrent un large éventail de tâches, tantôt effectuées à l'attention directe du médecin, tantôt dans l'intérêt plus global du bon fonctionnement du service.

L'implication des assistantes médicales dans l'enquête SUMER : un soutien indispensable aux médecins

Dans beaucoup de cas rencontrés, les témoignages convergent sur le fait que l'implication des assistantes médicales dans l'enquête SUMER est primordiale pour sa mise en œuvre. Par exemple, une assistante d'équipe peut avoir une expérience de SUMER, contrairement au médecin participant (cela peut être le cas notamment quand les médecins collaborateurs se lancent, ou un nouveau médecin du travail). Dans une situation relatée par un binôme médecin/secrétaire habituellement participant à SUMER, le médecin avait exprimé une volonté de ne pas s'impliquer pour cette dernière campagne. L'assistante a alors pris sur elle de motiver son médecin et son équipe, afin qu'ils se lancent à nouveau dans cette campagne.

Comment se manifeste alors cette implication ? Les assistantes peuvent être sollicitées à chaque phase de l'enquête.

Tout d'abord, dans la phase de tirage, elles peuvent être chargées d'effectuer le tirage au sort, et de l'ajuster en fonction des refus et des non-présentations.

Dans la phase de convocation, elles convoquent les salariés à leur visite pour SUMER et organisent l'emploi du temps des médecins avec lesquels elles travaillent en fonction de ces visites. Elles peuvent soit bloquer une semaine pour l'enquête, soit bloquer des créneaux quotidiens ou hebdomadaires dédiés à SUMER.

Lors de cette phase, elles peuvent être confrontées à différents types de difficultés¹³ :

- les employeurs ne comprennent pas que leur arrive une convocation isolée dans un contexte de retard des périodiques
- les salariés en question ont quitté la structure
- les employeurs veulent substituer un salarié à celui qui a été convoqué

Elles sont parfois amenées à informer l'employeur de l'enquête, à la demande des médecins avec lesquels elles collaborent. Dans ces cas là, la tâche leur semble plus aisée : elles peuvent communiquer avec eux de manière transparente.

En revanche, quand les médecins insistent sur le fait que l'employeur ne doit pas savoir qu'une enquête est en cours, elles expriment parfois l'impression de s'être retrouvées en porte

¹³ Nous reviendrons sur ces difficultés dans la partie suivante.

à faux. Les employeurs ne comprennent pas, et peuvent exprimer leur colère face à des convocations qui leur apparaissent arbitraires.

Assistante, 30-35 ans, entretien individuel

J'ai eu des annulations, les employeurs voulaient que je remplace le salarié qui ne voulait pas se présenter. Alors là, je leur disais que c'était pas possible, j'ai essayé un peu d'expliquer et ils ne comprenaient pas trop et... J'ai des sociétés pour lesquelles j'ai du expliquer que c'était pas vraiment une visite médicale, parce que c'était un créneau qui était réservé pour SUMER, donc ils disaient « Comment ça ! »

Le fait de bien connaître les employeurs est alors pour elles à double tranchant. S'il est rare que les petites entreprises, souvent plus loin de la médecine du travail, s'autorisent à demander à substituer un salarié pour un autre, les entreprises plus importantes avec lesquelles elles ont plus d'échanges sont volontiers plus familières. Ces ajustements dans les convocations peuvent être pratiqués hors enquête SUMER ; leurs interlocuteurs sont alors surpris de se voir opposer un refus :

Assistante, 30-35 ans, entretien individuel

Les plus grosses entreprises ; on les connaît bien. Mais c'est pour ça aussi qu'ils se permettaient de me dire qu'ils voulaient mettre quelqu'un d'autre à la place. « alors non non, en fait... » alors pour des visites médicales de routine ou oui ils peuvent mais là...Il fallait leur expliquer. C'est pas la même façon de convoquer en fait.

Elles doivent ensuite faire face dans leur quotidien professionnel à une pression accrue sur les créneaux de visites médicales pendant toute la période de l'enquête. En effet, les visites « SUMER » suppriment souvent toute marge de jeu dans les plannings des médecins du travail, rendant alors difficile de faire face à des situations imprévues, ou à des visites qui se rajoutent.

Les assistantes disent être affectées dans leur activité globale par cet aspect de l'enquête :

Assistante, service inter, 40-45 ans, entretien collectif :

Pendant toute la durée de l'enquête, on gère une activité différente parce qu'on gérait le reste autrement. A cause des vacances SUMER, on perdait pas mal de créneaux pour les reprises, les demandes, les priorités...

Les médecins sont conscients de cette tension et des contraintes auxquelles font face les secrétaires dans la gestion de leur planning. Ainsi, un médecin a déploré n'avoir pas pu effectuer tous les questionnaires requis, et dit avoir demandé en vain à sa secrétaire de trouver des créneaux pour l'enquête :

Médecin du travail, femme, 50-55 ans, entretien binôme

Le problème c'est que moi, des fois, j'en voyais deux par jour et en fait pour en voir trente en trois mois, ce n'est pas assez. Avec nos plannings, on va rajouter ailleurs, sur un tiers temps... Je disais à ma secrétaire « Mais il faut, il faut... », mais elle me disait « Je peux pas ! Sur ton planning, je peux pas ! » Là où ça peut perturber c'est pour la priorisation des rendez-vous, pour la secrétaire, parce qu'entre toutes les demandes qu'elles peuvent avoir, les périodiques qui tombent, ces demandes là, il y a des urgences de reprises, de pré-reprises, l'emploi du temps est vachement alimenté par tout ça, et il y a quand même moins de créneaux libres.

Dans la phase d'accueil du salarié convoqué pour SUMER, les assistantes jouent également un rôle : elles sont très souvent en première ligne pour informer les salariés qu'ils ont été tirés

au sort pour l'enquête, et pour leur expliquer en quoi elle consiste. Dans un cas rencontré, le médecin du travail sort de son bureau pour venir expliquer l'enquête au salarié tiré au sort jusqu'à ce que sa secrétaire se sente à l'aise pour le faire.

Dans certains cas, il s'agit non seulement d'expliquer, mais aussi de se montrer persuasive afin d'essayer le moins de refus possible de la part des salariés. Les assistantes utilisent des stratégies différentes dans cette optique. Leur savoir faire vis-à-vis des publics rencontrés est salué par les médecins, dont l'un dit que sa secrétaire a su « désamorcer » toutes les craintes et ainsi éviter tout refus¹⁴. Cette implication de son assistante lui donne alors l'impression de n'avoir « plus rien à faire » comme elle l'explique ici :

Femme médecin du travail, plus de 60 ans

Merci les assistantes ! Ca s'est bien passé, on n'a pas eu de refus, C. a répondu à toutes les questions, moi j'étais tranquille dans mon coin je n'avais rien à faire, à part remplir les questionnaires.

Après avoir expliqué aux salariés qu'ils étaient tirés au sort pour participer à l'enquête, elles leur donnent le formulaire d'auto-questionnaire de SUMER et leur indiquent la marche à suivre : elles insistent notamment sur l'anonymat des informations recueillies et sont bien souvent amenées à rassurer les salariés quant au fait que leur employeur ne pourrait pas y avoir accès.

Le fait d'informer les salariés et de leur donner l'auto-questionnaire peut être plus ou moins chronophage en fonction des assistantes et des salariés. Les assistantes rencontrées insistent sur les difficultés rencontrées par certains salariés, de compréhension des questions, voire de compréhension du français. Pour ces salariés, elles prennent parfois du temps à reformuler les questions.

Pour ce qui est du questionnaire principal, les médecins peuvent choisir de le remplir seul, mais dans les binômes anciens et solides, ils chargent aussi parfois leur assistante de remplir les quatre premières pages, qui concernent les données générales sur l'entreprise et le salarié, ce qu'elles font en aval de la consultation, parfois en présence du salarié, comme me l'expliquent cet assistant et cette assistante :

Assistant, 30-35 ans, entretien individuel

On explique le questionnaire, et ça nous prend beaucoup de temps, c'est pas « oui/non ». En temps normal je prends entre vingt et trente minute par personne (avec les examens complémentaires, EFR, la vue, l'ouïe). Mais avec SUMER c'est facilement quinze minutes de plus. Ca dépend aussi de l'âge, un petit jeune il n'y a pas tous les antécédents donc ça va plus vite. (...) Ca dépend aussi de si on connaît déjà l'entreprise ou le salarié ou pas du tout.

¹⁴ Elle évoque notamment sa gratitude en plaisantant sur des salariés psychotiques tirés au sort et à qui son assistante a dû expliquer la notion de hasard.

Assistante, entre 40 et 45 ans, entretien collectif :

Vous remplissiez les quatre premières pages ?

oui, je faisais ça pendant que le salarié remplissait son auto-questionnaire. Plus la visite à préparer puisqu'on faisait une visite périodique/embauche donc vue, urine, distribution de plaquettes de prévention... Il faut quand même qu'une visite réglementaire soit assurée, donc il peut se glisser un audiogramme au milieu, des examens complémentaires. Et puis le quotidien, analyse d'urine, test de vue... donc c'est vrai que ça durait un peu plus longtemps.

Ainsi, quand le salarié arrive dans le cabinet médical, le médecin peut commencer directement le questionnaire à la partie « contraintes organisationnelles et relationnelles ».

Tout comme la secrétaire « prépare » les visites médicales, elle « prépare » les visites SUMER de manière à ce que les tâches dévolues aux médecins correspondent bien à son expertise et que leurs compétences ne soient pas sous-utilisées.

Femme, Médecin du travail, entre 50 et 60 ans :

Ma secrétaire remplissait le nom du salarié, les questions sur l'entreprise, le code NAF... Du coup je rentrais vraiment directement avec le salarié dans la partie qui l'intéressait. Elle s'est investie, même si elles sont débordées aussi, nos secrétaires. C'est bien de les impliquer parce que si elles font autre chose c'est intéressant et on a de très bonnes secrétaires donc...

Même s'il s'agit de collaborations anciennes, cette manière de mobiliser les assistantes va tout à fait dans le sens de la pluridisciplinarité telle qu'elle est utilisée dans les services interentreprises, soit comme un système qui permette aux médecins, malgré leur raréfaction, de conserver un « cœur de métier » spécifiquement centré sur le « médical » et de déléguer à d'autres acteurs les aspects identifiés comme annexes de leur activité¹⁵.

Enfin, la dernière étape à laquelle les secrétaires sont susceptibles de participer, une fois le recueil de données par le médecin et/ou l'infirmière effectué est la saisie informatique des données. Dans un cas rencontré, le médecin fait le choix de transcrire les données sur papier et de transmettre l'intégralité des dossiers papiers à l'assistante. Ainsi, l'assistante remplit le début du questionnaire elle-même en fonction d'informations qu'elle trouve dans le dossier, puis s'appuie sur le questionnaire papier rempli pour finir sa saisie.

En revanche, certains médecins ne mobilisent que très peu leur assistante, voire pas du tout. Ils peuvent par exemple anticiper des difficultés, notamment dans le contact avec les salariés tirés au sort, et préférer alors effectuer l'enquête seuls.

C'est le cas dans plusieurs centres d'un service de taille importante.

Médecin du travail, homme, 45-50 ans, entretien individuel :

B : L'auto-questionnaire c'était la secrétaire qui leur donnait ?

Non c'était moi. Non non. Parce que d'abord je ne voulais pas qu'elle se retrouve mobilisée et qu'elle ne puisse pas faire son travail. En plus, les salariés sont difficiles, très difficiles. Ils ne sont pas illettrés mais ils

¹⁵ Barlet Blandine, « De la médecine du travail à la santé au travail, les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité », Thèse de doctorat de sociologie soutenue le 17 juin 2015, Université Paris 10 Nanterre.

comprennent pas bien la langue... ou ils ont pas envie ou... voilà, du coup quand j'ai envie de faire quelque chose c'est moi qui les incite ou qui les aide.

Médecin du travail, femme, 55-60 ans, entretien individuel :

B : Quand ils se présentaient ils étaient accueillis par une assistante ?

Non, c'est moi qui leur expliquais directement l'enquête et leur demandais s'ils voulaient participer ou pas. On y a réfléchi mais c'est quand même une enquête particulière, c'est bien de prendre le temps de leur expliquer, le but c'est qu'il n'y ait pas de frein, de lever les doutes, les interrogations, ça aurait été compliqué pour les assistantes de prendre le temps de le faire, elles ont beaucoup de travail donc prendre un quart d'heure pour expliquer, c'était pas possible.

Les conditions de travail des secrétaires influent, de fait, sur la volonté des médecins de les mobiliser. Il apparaît à ces médecins que, si participer à l'enquête fait partie de leurs propres missions, les assister dans ce sens pourrait cependant sortir des missions de leurs secrétaires : il faut qu'elles puissent faire « leur travail ». Ici ressort donc la problématique de la double allégeance des assistantes médicales, qui doivent assister les médecins et assumer un rôle polyvalent pour les services qui les emploient. Certains services ont des politiques qui mobilisent les assistantes de manière à ce que l'assistance au médecin prenne une forme minimale : c'est le cas dans un centre visité, dans lequel les nombreuses tâches qui leur sont dévolues découragent les médecins de les solliciter pour les assister (notamment, ici, sur l'enquête SUMER).

Le ressenti des assistantes : une période « lourde »

En règle générale, les assistantes ont le souvenir d'une période « lourde » qu'elles avaient été contentes de voir prendre fin. Le fait que les plannings soient, en règle générale, déjà tendus ne facilite évidemment pas l'organisation de l'enquête, qui ajoute encore à une situation peu confortable.

La principale contrainte liée à SUMER évoquée par les secrétaires est en effet la réduction de leur marge de manœuvre vis à vis du planning. SUMER vient occuper des créneaux qui sont en général disponibles pour y caser des visites urgentes qui n'ont pas de créneaux dédiés ; que ce soit des marges laissées sur des consultations « classiques », à présent trop pleines pour qu'on puisse en rajouter, ou des marges laissées sur la semaine par des « actions en milieu de travail » qui se transforment en réalité souvent en créneaux supplémentaires pour des visites non prévues et urgentes.

Il apparaît donc suite à ce bilan de l'implication des assistantes médicales que ces dernières jouent un rôle important dans le recueil de données. Elles sont largement facilitatrices de

l'implication du médecin avec qui elles collaborent, notamment en étant garantes d'une organisation fluide du planning du médecin, mais pas seulement. Elles peuvent en effet aussi faciliter l'implication du salarié en le rassurant ou en le convaincant de participer.

Pour les médecins qui n'ont pas osé ou pas pu mobiliser leur assistante de manière très importante, la sensation de « lourdeur » du questionnaire, ou de l'organisation de l'enquête en général, est souvent importante. En revanche, ceux qui ont bénéficié d'un appui précieux de leur assistante expriment en entretien leur sentiment de n'avoir « pas fait grand chose », car leur assistante a « tout fait ». Ils n'ont fait que recueillir les expositions, sans se soucier ni de l'organisation du tirage ou des convocations, ni d'expliquer aux salariés les tenants et aboutissants de l'enquête, ni encore de remplir les pages du questionnaire relatives aux caractéristiques générales de l'employeur et du salarié.

L'implication plus ou moins grande des secrétaires, et l'appui plus ou moins important qu'elles ont été en mesure d'apporter aux médecins, dépendait tout d'abord de la solidité du binôme, de son ancienneté par exemple. D'autre part, l'enquête fait ressortir le fait que certaines configurations organisationnelles ne permettent pas aux assistantes d'opérer les ajustements que d'autres effectuent.

L'exemple le plus clair est ici le cas des services qui fonctionnent avec des secrétaires « convocatrices » centralisées, qui ne sont pas au contact quotidien du médecin mais s'attachent simplement à remplir un agenda en ligne. Ces dernières ne sont pas considérées comme les assistantes des médecins, elles rendent avant tout un service à leur employeur : le service de santé au travail. Le fait que la convocation soit dissociée du reste de l'activité de secrétariat ne permet pas aux convocatrices de connaître les employeurs et les salariés, d'anticiper leurs réactions. A l'inverse, les secrétaires qui sont au quotidien aux côtés des médecins n'ont pas la main sur les convocations. Le travail de facilitation du déroulement de l'enquête n'est dans ces situations pas possible : la secrétaire qui accueille les salariés et prépare les visites, comme le médecin, « subit » l'ordre des consultations prévues par une secrétaire convocatrice. Elle reçoit notamment les plaintes des salariés qui trouvent leur attente trop longue, plutôt que de pouvoir chercher à l'éviter : c'est le cas dans le service où le médecin rencontré indique ne pas avoir voulu faire appel à sa secrétaire pour ne pas la surcharger.

Si les assistantes sont des actrices « historiques » de l'enquête SUMER, elles prennent lors de la dernière campagne de recueil de données un rôle encore plus important que d'habitude, car

elles peuvent pour la première fois être chargées de préparer et de faciliter l'enquête à la fois au médecin du travail qu'elles assistent, mais aussi à l'infirmière et au médecin collaborateur de son équipe. Ainsi, dans certaines équipes, deux assistantes se sont chargées de fluidifier l'enquête pour quatre « consultants » (un médecin du travail, deux infirmières, un médecin collaborateur). Pendant la période de l'enquête, la charge de travail est alors considérablement accrue par rapport à la charge normale, pour permettre aux médecins et infirmières de s'impliquer à moindre coût, dans un contexte où leur temps est reconnu comme précieux.

Notons ici que le rôle essentiel des assistantes, souligné par l'immense majorité des médecins rencontré, est avant tout opérationnalisé par une organisation adéquate du service de santé au travail : les assistantes peuvent consacrer leur temps à assister les médecins, elles ont les moyens de connaître les effectifs (entreprises et salariés) et donc de communiquer avec eux de façon stratégique ou, simplement, pertinente. On constate cependant que la tendance dans les services est de faire de ces assistantes des personnels qui sont mobilisées et mobilisables par d'autres que le médecin : le lien hiérarchique qui prime est celui entre l'assistante et sa direction, qui, maintenant qu'elle est dépositaire de missions propres, peut alors lui donner des directives qui ne relèvent pas de son rôle d'assistante médicale. Cette double hiérarchie interfère sur le bon fonctionnement du binôme assistante/ médecin ou du trinôme assistante/infirmière/médecin. Or, l'enquête a montré que la perception positive par les médecins participants de leurs conditions de recueil de données reposait largement sur la solidité et le dynamisme des équipes qui les assistaient.

2) L'enquête SUMER vécue par des médecins collaborateurs : des avantages pédagogiques discutés, et des difficultés dues à une connaissance limitée des effectifs

Depuis 2009, le contexte des services interentreprises a évolué. L'équipe de SUMER a souhaité adapter le protocole de l'enquête à ces évolutions, notamment dans l'objectif de prendre en compte l'importance croissante des infirmières dans l'activité des services. L'arrivée des médecins collaborateurs est aussi une nouveauté qui affecte concrètement différemment les services en fonction de leur démographie : si certains services en ont recruté beaucoup depuis 2011, d'autres, situés dans des zones plus urbaines ou attractives, ont pratiquement réussi à s'en passer tout en conservant une activité jugée satisfaisante.

Le statut de collaborateur médecin est créé par le décret du 30 janvier 2012 (article R 4623-25 du code du travail). C'est un statut qui s'incarne uniquement dans une relation

contractuelle entre un médecin qui souhaite se reconverter en médecine du travail et un service de santé au travail qui souhaite le recruter. Le médecin s'engage à suivre une formation universitaire de quatre ans dans le but d'être qualifié en médecine du travail. Si la formation universitaire est largement théorique, les médecins collaborateurs insistent sur la grande valeur du principe de tutorat sur lequel repose aussi leur formation : c'est avant tout auprès de leur tutrice ou tuteur qu'ils apprennent réellement leur métier.

Lors d'un entretien téléphonique, une praticienne au statut de collaboratrice m'explique qu'elle se rend en cours tous les quinze jours mais qu'elle n'apprécie pas cet aspect de sa formation. Pour elle, non seulement les cours sont très théoriques mais ils sont aussi désuets, déconnectés des problématiques actuelles : elle dit qu'ils parlent davantage de plomb et de mercure que de nanoparticules et de risques psychosociaux. Ce médecin me parlera ensuite de SUMER comme d'une expérience mitigée. Elle se heurte à beaucoup de refus et elle trouve le questionnaire trop long et difficile à insérer dans son quotidien professionnel :

Cette enquête, c'est un surcroît de travail et ça n'enclenche pas de réflexion en plus. Sauf pour avoir des données... mais pour nos entreprises ça n'a pas d'impact. C'est très lourd et ça se rajoute au reste¹⁶.

Une praticienne rencontrée émet le même type de jugement sur l'enseignement universitaire en médecine du travail qu'elle reçoit au titre de son statut de collaboratrice, mais une toute autre perception de sa participation à l'enquête SUMER. Dans ce contexte où la formation universitaire est vécue comme un passage obligé fastidieux, l'enquête se présente comme une expérience pédagogique très positive : il s'agit vraiment d'apprendre son métier sur le tas, en prenant pour appui un questionnaire perçu comme étant très exhaustif, élaboré par des spécialistes.

Moi je trouve qu'en terme de méthodologie, pour quelqu'un qui arrive... On voit dans le questionnaire la manière dont on devrait faire à chaque fois finalement, hein, en fonction des risques. Donc je trouve que ça a le mérite d'appuyer ce qu'on ne nous apprend pas à la faculté, pendant les quatre ans d'étude. On ne nous apprend pas comment on interroge une personne. Ca, on l'apprend sur le terrain, en allant vers nos collègues, avec nos prédécesseurs.

Le guide est tout à fait bien fait, surtout au niveau risques chimiques, moi c'était quasiment mon livre de chevet (elle rit), je pense qu'il y a eu un groupe de travail très efficace. Ca apprend aussi à être un peu synthétique et rapide : la durée d'exposition, les protections collectives... d'acquiescer certains automatismes qui ne sont pas forcément... qui s'apprennent. Moi c'est très positif pour moi, pour nous, parce qu'aussi on a... je trouve très important qu'on prenne un peu de hauteur sur notre exercice, ça nous a permis de nous poser certaines questions.

D'après des discussions informelles avec d'autres praticiens, collaborateurs ou non, il ressort que ce positionnement est partagé par d'autres médecins nouvellement arrivés en médecine du travail, qu'ils soient jeunes médecins du travail ou jeunes reconvertis. L'aspect pédagogique

¹⁶ Cet extrait d'entretien est issu d'une retranscription à partir de notes et non à partir d'un enregistrement audio, donc moins littéral. Pour le distinguer des autres, je n'utilise pas l'italique.

du questionnaire est également abordé par certains médecins plus anciens comme quelque chose dont ils ont bénéficié lors de précédentes campagnes.

Dans le cadre de l'enquête SUMER, l'implication des médecins collaborateurs prend deux visages différents : d'une part, les médecins collaborateurs qui fonctionnent encore sur l'effectif de leur médecin tuteur participent au titre de membres de l'équipe. Les questionnaires remplis le sont alors au nom du médecin tuteur. D'autre part, certains médecins collaborateurs en fin de formation ont déjà un effectif à part entière. Dans ce cas, ils s'impliquent dans l'enquête SUMER de leur propre chef et en leur nom propre : leur participation peut alors être comptée, visible.

Les médecins collaborateurs rencontrent-ils des difficultés, ou au contraire ont-ils des motivations qui leur seraient spécifiques dans leur recueil de données ?

Les entretiens pointent des éléments de plusieurs ordres.

Tout d'abord, en ce qui concerne les motivations de départ, d'après les entretiens, les médecins collaborateurs ont un regard souvent encore neuf sur la santé au travail et sur l'enquête SUMER, ils ont donc souvent été vers l'enquête avec curiosité et peu d'*a priori*. Nouvellement arrivés, ils sont aussi plus facilement susceptible de « suivre » un mouvement : ainsi si la CMT ou la hiérarchie incitent à la participation, ils iront en se posant moins de questions que leurs confrères et consœurs plus anciens dans les services. Il semble également, au vu des entretiens réalisés avec des médecins qui ont été tuteurs, que les médecins ayant exercé dans des fonctions ou des domaines qui utilisaient l'épidémiologie ou les statistiques de santé sont particulièrement enclins à s'engager.

En ce qui concerne maintenant les conditions de déroulement de l'enquête, comme tout médecin récemment arrivé sur un effectif, les médecins collaborateurs ne bénéficient ni d'expérience ni d'ancienneté sur un secteur donné, et ont donc un handicap commun : une connaissance des entreprises, des salariés, et des risques limitée. C'est à ce titre que la praticienne que j'ai joint au téléphone a identifié ses propres conditions de participation en tant que collaboratrice comme n'étant « pas idéales » :

Là, c'était pas les conditions idéales. C'est sûr que ça doit être mieux, plus facile quand on connaît bien les entreprises.

En revanche, la nouveauté dans ses fonctions ne décourage pas une autre praticienne interrogée. Au contraire, elle estime que l'enquête a été pour elle une source de motivation à se déplacer sur un terrain dont elle n'était encore que très peu familière :

Moi parce que je venais d'arriver ça m'a motivé pour aller approfondir certaines questions, d'abord parce que je ne savais pas y répondre, et parce que la personne en face de vous elle est loin de savoir, il y a 95 produits

chimiques, euh... Les gens ne savent pas quels produits ils manipulent... Alors comment, quand, c'est à peine s'ils le savent. donc il y a les trois quart d'heure avec le salarié et par exemple les deux heures que vous allez passer chez M. parce que vous avez eu un mécanicien M. qui vous a dit « on change les batteries », donc vous vous dites il doit y avoir de l'acide. Mais comment ? Donc il faut aller sur place.

Vous y êtes allées sur plusieurs dossiers ?

Oui, trois. Et comme vous êtes là, vous vous lancez dans la fiche d'entreprise, c'est l'occasion. Mais vous voyez, la fiche d'entreprise de M. elle n'est pas finie, il faut que je termine.

Ca lance des chantiers ?

Oui, ce qui est bien !

Pour comprendre ce témoignage, il faut revenir sur le fait que les médecins collaborateurs ont souvent exercé pendant des années dans des conditions bien différentes de la médecine du travail, en libéral, ou dans des hôpitaux ou des centres médicaux. Le monde du travail est alors pour eux un terrain inconnu et souvent intimidant, où trouver sa place et sa légitimité ne va pas immédiatement de soi. Dans ce contexte, on comprend que cette praticienne, âgée de plus de cinquante ans, ait pu avoir besoin de la « motivation » supplémentaire, du prétexte du questionnaire SUMER et de ses besoins, pour se lancer sur le terrain.

Autre conséquence de leur statut de médecin collaborateur sur la manière dont ils ont recueilli les données : l'absence de travail en binôme avec une infirmière. En effet, s'ils ont théoriquement le même accès aux ressources pluridisciplinaires de leur service que les autres médecins, il est rare qu'ils fonctionnent dès le départ en binôme car ils se sentent trop peu expérimentés pour chapeauter le travail d'une infirmière. Ils ont alors la charge du suivi de l'intégralité de leur effectif et, dans le cadre de l'enquête, effectuent la totalité des questionnaires eux-mêmes.

Ainsi, la participation à l'enquête des médecins collaborateurs a permis d'augmenter les chiffres de participation globale. En tant que membres d'équipe, ils ont permis aux médecins tuteurs participants de s'engager sans que leur exercice quotidien n'en soit trop affecté. En tant que responsables d'un effectif, les médecins collaborateurs participants se sont montrés curieux de tenter l'expérience de l'enquête SUMER. Si certains n'ont pas été convaincus par l'enquête, ses conditions de déroulement ayant été chaotiques (ils se plaignent notamment de refus) et contraignantes, d'autres ont pu en tirer une expérience qui a été perçue de manière positive et comme complétant de manière pertinente leur apprentissage du métier¹⁷.

¹⁷ Cette conclusion s'appuie non pas uniquement sur nos entretiens avec des médecins collaborateurs, car nous n'en avons rencontré que trois, mais aussi sur des entretiens avec des médecins, infirmières, équipes de direction, en contact quotidien avec eux, et sur des discussions informelles avec des médecins inspecteurs.

3) Le recueil de données SUMER : un bon baromètre de l'intégration des infirmières dans les services

Les infirmières de santé au travail : une fonction encore en rodage dans les SST

Dès 2007, un rapport préconise de valoriser le rôle des infirmières dans les services interentreprises, sur le modèle de collaborations hospitalières par exemple, dans le but de dégager davantage de temps aux médecins qui sont de moins en moins nombreux dans les services :

« La généralisation d'une fonction infirmière dans les services de santé au travail permettrait une meilleure allocation et efficacité du temps médical en développant des actions de prévention sans rien sacrifier aux impératifs de qualité du suivi médical »¹⁸. De fait, le rôle des infirmières dans les services de santé au travail ne cesse de s'élargir depuis, de réforme en réforme¹⁹. Si le suivi individuel constitue aujourd'hui l'essentiel de leur activité, les infirmières peuvent être amenées à aller sur le terrain de l'entreprise, secondant alors le médecin dans son tiers temps.

C'est d'abord largement pour suppléer le médecin sur le versant individuel de son activité que le rôle des infirmières dans les services interentreprises est progressivement revalorisé. L'intervention des infirmières permettrait de conserver un suivi satisfaisant malgré la raréfaction des ressources médicales. Si leurs tâches sont au départ disparates et dépendent avant tout d'arrangements très locaux au sein du service ou avec leur binôme (qui prennent souvent la forme de protocoles leur laissant peu de marges de manœuvre), la centralité dans leur fonction d'un « entretien santé travail infirmier » est progressivement acceptée par les médecins, puis entérinée par la loi. Bien que les contours de cet entretien ne soient que vaguement définis, les infirmières ont alors la possibilité d'exercer, en parallèle du médecin, des entretiens de santé s'intercalant entre des visites médicales périodiques de plus en plus espacées dans le temps. Depuis le premier janvier 2017, les infirmières de santé au travail sont habilitées à effectuer des « visites d'information et de prévention initiales » (VIPI) qui viennent remplacer les examens médicaux d'embauche pour les salariés qui ne font pas

¹⁸ Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007, p. 76.

¹⁹ Voir Barlet Blandine, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, n°35, 2012, pp. 155-178. Depuis cet article de 2012, des textes sont venus consolider la place des infirmières dans les services de santé au travail, mais les mêmes problématiques de légitimité et de conflits de frontières subsistent.

l'objet d'une surveillance renforcée. Les visites qui peuvent leur être déléguées sont alors beaucoup plus nombreuses.

Le processus d'élargissement de la fonction infirmière dans les services de santé au travail a été assimilé au passage à la « pluridisciplinarité » car il a été concomitant, et il s'agissait d'ouvrir des structures parfois quasi exclusivement médicales à une autre main d'œuvre. Cependant, le terme de « pluridisciplinarité » semble inapproprié pour désigner des collaborations médecins/infirmières déjà présentes à l'hôpital et ailleurs. Avec les médecins et les assistantes, elles forment ce qui est souvent appelé des « équipes médicales », par opposition justement aux acteurs introduits au titre de la pluridisciplinarité technique : les IPRP.

Cependant, l'opposition entre un rôle infirmier qui serait englobé dans une action dite « médicale » et un rôle technique des IPRP est souvent largement fictive. Si l'infirmière doit assister le médecin à la fois sur le versant individuel (les visites) et sur l'action en milieu de travail, il existe alors, de fait, un recoupement avec le cadre de l'activité des IPRP, qui est un prolongement du « tiers temps ». Dans cette description très large de ce qui constitue le versant de son poste de travail à effectuer sur le terrain, cette infirmière inclus des prestations de services diverses :

Infirmière, 35-40 ans, entretien individuel

Il y a un aspect aussi de prévention collective, hein, on est dans une équipe pluridisciplinaire avec le médecin qui coordonne ces équipes et on est amenés aussi à aller en entreprise, c'est ce que voulait le législateur, qu'on puisse être en amont des choses et faire de la prévention collective. On fait des fiches d'entreprises, des descriptions de postes, de l'aménagement de postes de travail et puis sur la prévention collective quand il y a des besoins particuliers des entreprises sur diverses thématiques.

B : Donc les entreprises font appel à vous ?

Tout à fait, par exemple on a fait des campagnes de prévention sur la fatigue visuelle liée au travail sur écran donc selon la taille de l'entreprise on a proposé soit des ateliers de formation, soit... on a sensibilisé sur la fatigue visuelle, on est passé de poste de travail en poste de travail pour les conseiller. J'ai une collègue qui a fait une intervention sur les addictions. C'est selon les besoins des entreprises et nos compétences particulières aux unes et aux autres.

Les infirmières sont, comme les IPRP, des salariés des services et, à ce titre, peuvent être mobilisées en dehors de l'assistance directe à un médecin du travail sur son effectif, notamment dans le cadre de missions d'information et de sensibilisation demandées par l'entreprise. Ce type de missions était parfois déjà attribué aux infirmières avant la série de réformes leur donnant les missions actuelles dans le suivi individuel.

Infirmière, 35-40 ans, entretien binôme :

On est à 80% dans les visites médicales, dans les VIP. On fait les VIPI, donc embauche pour les gens de bureau, depuis mars 2017, des VIPP (périodiques) et on voit les SIR, on alterne. Ça fait beaucoup! avant on voyait que les VIPP. Après, on a un jour et demi de tiers temps mais notre travail administratif est dedans, et il faut rajouter des visites...

Les infirmières rencontrent donc des problématiques similaires à celles que rencontrent les médecins face à la pression temporelle exercée sur le « tiers temps » : ces plages horaires sont utilisées comme une marge de souplesse par rapport à des consultations rigides, qui constituent des plages verrouillées.

Un continuum dans les degrés de participation des infirmières au recueil de données SUMER

Pour ce qui est de la participation des infirmières à l'enquête, il n'y a pas une seule grande tendance mais un continuum dans les configurations, qui va de l'absence totale d'implication des infirmières à une implication très importante, qui dépasse celle du médecin qu'elles épaulent. Les infirmières ne peuvent s'impliquer ou être incitées à s'impliquer par leur binôme que si leurs conditions de travail le permettent. Leurs modalités de participation dépendent donc à la fois de la volonté des praticiennes et praticiens avec lesquels elles travaillent et de l'intégration plus générale des infirmières dans le service interentreprises qui les emploie.

Participation nulle à très faible : des binômes inexistantes ou encore fragiles

Dans certains services, les infirmières sont encore très peu nombreuses, notamment du fait de l'historique de ces services. Ainsi, certains n'intègrent des infirmières que lorsque la loi le prévoit spécifiquement, et le font encore timidement, tandis que d'autres avaient anticipé la loi et donnaient déjà un rôle important aux infirmières qu'ils embauchaient.

Les binômes sont parfois inexistantes : dans deux cas rencontrés, une infirmière est présente pour cinq ou six praticiennes et praticiens. Ces situations ne permettent pas l'implication des infirmières dans le recueil de données SUMER car leur exercice professionnel est dispersé sur l'ensemble d'un secteur (souvent très large). Elles ne peuvent donc pas développer une connaissance des entreprises et des postes suffisante pour pouvoir s'impliquer dans l'enquête sans trop de frais. Les médecins qui exercent dans ces situations n'ont d'ailleurs souvent même pas envisagé de solliciter l'infirmière avec laquelle ils travaillent. Ils savent en effet que les contraintes d'agenda de ces infirmières sont beaucoup trop importantes pour qu'elles puissent être mobilisées sur une enquête de ce type. Dans l'exemple qui suit, une infirmière est présente au quatre cinquième, pour quatre médecins, ce qui veut dire qu'elle peut, au mieux, consacrer une journée par semaine aux entreprises de chaque médecin (visites et actions en milieu de travail). Deux des praticiennes avec lesquels elle travaille ont participé

mais elle n'a pas été sollicitée : d'après ces médecins, d'une part, elle manquait encore d'expérience sur le secteur et d'autre part, cela aurait été trop difficile à mettre en place :

Femmes, médecins du travail, entre 45 et 50 ans, + 60 ans, entretien collectif

B : vous travaillez sans infirmière ?

mdt 1 : Si si. On a une infirmière pour 4 médecins.

B : Vous ne l'avez pas sollicitée, pour Sumer ?

mdt 1 : Elle n'a pas participé non... Pour moi, non.

mdt 2 : Non parce que... Ben d'abord elle a une moins bonne connaissance des entreprises, ça ne fait pas très longtemps qu'elle est là, elle a fait quelques visites d'entreprises mais elle ne connaît pas bien les risques encore ! Et puis c'est difficile ! Parce que si elle consultait, elle avait ses personnes à voir, comment voulez vous qu'on change, non sur quatre médecins c'est pas évident.

mdt 1 : Mais effectivement dans d'autres centres ils l'ont peut-être fait.

Même quand les infirmières sont présentes dans les services, les médecins peuvent refuser de travailler en binôme avec elle. Parmi les médecins rencontrés, trois évoquent les raisons de leur refus. Pour le premier, les conditions de travail des infirmières ne sont pas satisfaisantes et ne leur permettent notamment pas de faire des entretiens infirmiers dans de bonnes conditions : elles n'ont pas de bureaux attitrés. Dans le même service, je rencontre un binôme dont l'infirmière a très peu participé, malgré une volonté de s'investir, et qui s'en retrouve frustrée. Les problématiques sont donc communes à l'ensemble du service :

Médecin du travail, +60 ans, infirmière 35-40 ans, entretien binôme :

inf : Pour Sumer, c'était compliqué, on a eu un manque de temps, il faut avoir des salles, que l'équipe se réunissent, ça a posé problème.

mdt : Le premier truc tout bête, il y a un problème de bureau, on n'a pas assez de bureaux, il y a des aquariums qui ont été créés...

inf : Moi j'ai un bureau, effectivement sinon c'était pas possible, parce que nous on fait tout toutes seules, il n'y a pas d'accueil, on vient chercher le salarié. Ils estiment que c'est un petit centre mais il y a trois consult' en même temps, donc des fois c'est un peu chaud, le téléphone qui sonne etc.

Le choix de ce service est de positionner les infirmières présentes dans les centres qui sont jugés comme ne brassant pas trop de passage comme des personnels d'accueil. Elles jouent alors le rôle des secrétaires dans certains centres en plus des tâches pour lesquelles elles estiment qu'elles ont été embauchées : les entretiens infirmiers et l'action en milieu de travail. L'infirmière en question se montre très critique de ce positionnement et exprime une vive déception quant à son exercice quotidien.

Les deux praticiennes rencontrées ayant choisi de se passer d'une infirmière exercent dans le même service, un service qui a longtemps renâclé à évoluer dans le sens indiqué par la loi, elles n'ont donc pas été précocement incitées à ces collaborations, mais le sont aujourd'hui, sur le tard. La première, proche de la retraite, ne souhaite donc ni fournir les efforts qu'elle sait nécessaires à la formation d'une infirmière, ni changer tardivement sa routine professionnelle pour pouvoir déléguer des tâches à une infirmière. La seconde, dans le même service, évoque un manque de temps à consacrer à sa formation :

B : Vous ne souhaitez pas travailler avec une infirmière ?

M1 : Non, moi je suis en fin de carrière donc je vais pas me faire suer avec des protocoles, des machins. Et avec un effectif plus important, parce que forcément quand on a une infirmière... ça prend du temps, dans quelque temps je serai plus là donc... non, sauf si on me l'imposait.

M2 : Pour l'instant, non j'en veux pas pour des raisons très simples, c'est que j'ai absolument pas le temps de m'en occuper, donc à partir du moment où je ne peux pas l'accompagner et pas qu'on partage un certain nombre de choses etc., je préfère pas m'engager, parce que ça doit être un travail de collaboration et avec ce qui m'est tombé sur la tête en juillet... mais j'en aurai forcément un jour parce qu'on va vers ça, on va être de moins en moins nombreux et nos effectifs vont être très importants, on le sait très bien.

Un autre cas qui ne permet pas la participation d'infirmière à SUMER est quand le binôme est trop récent, ou que l'infirmière est encore en cours de formation. Ces cas ne sont pas rares dans des services qui sont encore en pleine période d'ajustements aux évolutions réglementaires des services. Ils sont d'autant plus fréquents que les infirmières peinent encore souvent à trouver une place qui leur convienne dans les services interentreprises : ainsi, dans un service visité, les acteurs mentionnent un fort *turn over* sur les postes d'infirmières, qui est très coûteux pour les médecins qui les forment.

Femme, médecin du travail, environ 50 ans, entretien collectif

*On était dans une période compliquée, j'avais une autre infirmière, après une première qui était partie au bout de 4 mois, j'en avais une deuxième en mois d'un an, qu'il fallait reformer et X, qui est médecin collaborateur, venait d'arriver. Ça faisait beaucoup, et on était plusieurs dans mon cas. (...)
On nous a demandé beaucoup beaucoup de travail pour faire rentrer des gens dans le service, des gens qui ne sont pas formés (...).*

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel

On a fini par trouver quelqu'un qui nous convenait, un infirmier pour deux médecins du centre, les autres ont choisi quelqu'un qui a du arriver un peu avant, mais c'était deux infirmiers qui étaient pas formés, donc pas opérationnels tout de suite. Et ils avaient quand même une semaine de cours tous les mois.

Dans plusieurs cas, le fait que l'infirmière soit encore peu installée sur le secteur, ou encore en formation, conduit le médecin à l'impliquer de manière marginale, dans un but uniquement pédagogique. Ainsi, l'infirmière peut par exemple assister à un ou plusieurs entretiens SUMER, ou bien effectuer un questionnaire elle-même et échanger à son sujet avec le médecin. Les médecins peuvent aussi effectuer l'enquête dans son intégralité mais avoir le souci de la faire connaître à leur infirmière. Dans un cas, par exemple, l'infirmière est présente lors de notre entretien bien qu'elle n'ait pas participé à l'enquête. L'idée est alors qu'elle puisse éventuellement s'investir dans la prochaine campagne de recueil de données.

Participation faible à très importante : quand le médecin juge de ce qu'il peut/doit déléguer à l'infirmière

Les médecins qui choisissent de participer en équipe à l'enquête choisissent aussi de déléguer des questionnaires à leur infirmière. L'option qui avait été suggéré dans les formations, soit la délégation d'une partie du questionnaire (la partie « contraintes organisationnelles et relationnelles ») ne ressort pas du tout de notre enquête. On voit que l'intérêt de déléguer les questionnaires vient du fait qu'aussi bien le questionnaire et la visite est effectuée par l'infirmière. Le fait de partager le questionnaire en deux serait à la fois chronophage et coûteux en terme d'organisation (nécessité de la présence dans les locaux du médecin pendant les consultations infirmières et, donc, de deux bureaux disponibles en même temps ; nécessité pour le salarié de passer d'un bureau à l'autre). Il s'agit alors pour les médecins d'identifier à l'avance des questionnaires qui pourront facilement être remplis par leur infirmière, ce qui est rendu possible par le nouveau mode de tirage sur les salariés convocables. Ainsi, il ne s'agit pas de plages horaires identifiées mais bien de salariés, dont on peut donc préparer les dossiers et les questionnaires en amont. C'est ce que font certaines équipes, avec un tri préalable entre les postes les plus complexes ou les plus exposés et les postes les moins exposés qui peuvent donc être reçus plus facilement par les infirmières, comme me l'explique ce médecin :

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

On avait mis des petits onglets sur les quatre listes pour les retrouver facilement, et une fois qu'on avait « stabilisé » nos dix noms qui se suivaient, après moi je lui disais qui de l'infirmier ou du médecin voyait la personne, en fonction des difficultés ou des métiers, ça rentrait en ligne de compte.

Quand le choix du tri est fait, les infirmières sont en confiance : elles n'auront a priori à faire qu'à des salariés dont elles peuvent mener les questionnaires à bien sans encombre.

En revanche, d'autres médecins opèrent la division du travail d'enquête autrement : toujours en partant des quatre listes de dix salariés convocables sélectionnés, ils les divisent par deux en prenant cinq noms de chaque et en laissant les cinq autres à leur infirmière. C'est le cas dans deux équipes rencontrées.

Infirmière, entre 30 et 35 ans, entretien individuel.

B : Vous avez fait le tirage ?

On l'a fait ensemble, on a choisi le B, qui nous a semblé le plus simple. On a ouvert le petit carton ensemble... Et on s'est partagés les salariés.

B : Selon quelle logique ?

Je crois que c'est au hasard ou par ordre alphabétique (elle me montre un tableau avec des noms surlignés). Sur chaque série de deux lettres, le docteur prenait les cinq premiers et moi, je prenais les cinq autres.

Les cas les plus difficiles peuvent alors tomber sur l'infirmière comme sur le praticien ou la praticienne, qui ne prend pas le temps de sélectionner les salariés les plus exposés pour les rencontrer.

Cependant, le cadre d'avant la réforme peut dans certains cas limiter les possibilités de division des questionnaires. Un binôme a souligné en entretien le fait que l'infirmière n'ait pas pu voir autant de salariés en consultations SUMER qu'elle ne l'aurait voulu du fait que les « salariés convocables », en cas d'important retard du médecin sur ses visites, sont surtout convocables pour une visite médicale, et moins souvent pour une visite périodique infirmière (l'infirmière est davantage à jour de ses visites, car son activité est davantage consacrée aux périodiques). La réforme qui permet aux infirmières de voir les salariés à l'embauche (en visites d'information et de prévention) n'est pas encore passée au moment du recueil de données, ce que cette équipe a perçu comme une limite dans la division du travail entre médecin et infirmière :

Femme médecin du travail, entre 50 et 55 ans, infirmière, entre 30 et 35 ans, entretien binôme

Inf : moi je ne pouvais voir que si tu avais vu, etc. Avec la nouvelle loi, il y aurait plus de flexibilité, ce serait plus simple.

Médecin : oui, avec la nouvelle loi ça sera plus facile que les infirmières participent parce que comme j'avais du retard, c'était pour moi, j'ai dû en faire plus. Parce qu'avant, les infirmières n'avaient pas le droit de revoir deux fois d'affilée, et ceux qui ont été tirés au sort, la majorité c'était à mon tour de les voir. C'était la même chose pour l'autre médecin, parce que comme on a beaucoup de retard, du même coup... On n'avait pas grand' chose à donner à N. dans notre tirage au sort. Mais pour un futur SUMER ça sera beaucoup plus facile.

On voit que dans l'équipe en question, l'infirmière assiste deux médecins, qui sont tous deux participants à l'enquête. Elle se retrouve donc du même coup participante sur deux « effectifs ». Ainsi, parmi les questionnaires qu'elle remplit, certains le sont au titre d'un premier médecin, les autres au titre d'un autre, ce qui ne manque pas de causer des difficultés : pour un salarié, la numérotation du questionnaire a posé problème car elle l'avait rentré comme relevant du premier médecin alors qu'il relevait du second.

Ainsi, même si, on vient de le voir, le nombre de questionnaires remplis par cette infirmière a été limité par les circonstances de l'enquête (caractérisées par un retard important des deux médecins dans leurs visites) la participation de l'infirmière reste importante en terme de « charge mentale » puisqu'elle doit avoir en tête cette double implication.

Lors d'un partage à parts égales fait *a priori* entre le médecin et l'infirmière, les enquêtés rapportent également parfois des différences sur le nombre de questionnaires finaux qui ont pu être remplis. Selon eux, l'absentéisme est en règle générale plus important pour les entretiens infirmiers que pour les visites médicales, et, de fait, les convocations « SUMER » obéissent aux mêmes règles : les salariés convoqués par le médecin répondent davantage présents, comme me l'explique cette assistante d'équipe :

Assistante d'équipe, environ 30 ans, entretien individuel

On a eu un peu plus de questionnaires pour le médecin que pour l'infirmière. L'infirmière a eu plus de non-présentation, d'absents, parce qu'on ne veut pas louper la visite avec le médecin alors qu'avec l'infirmier, c'est plus facile d'annuler, donc il y en a qui sont pas venus.

Certaines équipes vont au delà d'un partage des questionnaires à parts égales : les médecins délèguent la quasi intégralité de l'enquête à une ou deux infirmières. Ce mode de fonctionnement prolonge le fonctionnement de certains services interentreprises, et il est largement facilité par la réforme de janvier 2017 : les infirmières prennent désormais en charge une grande partie des visites, qui deviennent des visites d'information et de prévention infirmières ou « VIPI ».

Ainsi, si dans certains services, les infirmières sont quasi absentes, dans d'autres, elles sont depuis longtemps les piliers sur lesquels repose le suivi périodique des salariés. Dans ce contexte, les médecins qui s'impliquent dans SUMER le font avec leur équipe et au titre de leur équipe. Les médecins sont les cibles de la communication sur l'enquête SUMER, ils répercutent alors l'information à leur équipe et la consultent avant de prendre une décision quant à leur participation commune.

Un service en particulier voit une forte implication des infirmières et des infirmiers, avec au contraire un nombre particulièrement faible de questionnaires effectués par certains médecins.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

L'équipe a super bien suivi, le tirage a été super bien organisé par le collaborateur médecin, le docteur X... Donc au final, j'en ai fait très peu, le docteur X en a fait pas mal, et les infirmières.

Infirmière, environ 50 ans, entretien collectif

Nous, ça a été une décision prise ensemble de faire SUMER puisque c'est vrai que d'emblée on se disait que comme c'était des périodiques, ça allait être C. et moi, les infirmières, qui allions en faire un peu plus. Finalement le docteur Y., elle en a fait un seul, donc oui on en a fait un peu plus ! (elle rit) Moi participer à ce genre de choses je trouve ça intéressant, ça fait remonter des choses. C'était bien organisé, les gens n'attendaient pas, il y avait des temps qui étaient prévus, une heure, ça se passait très bien.

Dans ce service, les infirmiers et infirmières ont participé de bonne grâce, dans le prolongement de leur exercice professionnel largement dédié à éponger les retards de visites périodiques sur l'effectif de l'équipe. Durant l'entretien collectif, des bémols importants sont toutefois apportés : l'implication dans SUMER trouvait ses limites quand les salariés ou les postes rencontrés s'avéraient complexes, notamment du point de vue de leurs expositions à des risques chimiques. Nous y reviendrons plus loin.

Dans un contexte organisationnel moins favorable (service moins « participant ») un binôme participant ressort comme ayant particulièrement bien vécu son implication dans l'enquête. Le travail est organisé, de l'amont à l'aval, de manière conjointe et c'est donc l'occasion de faire jouer une véritable collaboration entre la praticienne et son infirmière. Pour cela,

l'organisation mise en place par le médecin est très cadrée et l'équipe se dégage le temps nécessaire pour travailler dans de bonnes conditions.

Ca nous a demandé beaucoup de travail de préparation, mais ça c'est ma façon de fonctionner. ça nous a demandé 2 demie journées de préparation, une première avec l'infirmière et l'assistante, pour voir comment on allait faire en pratique, donc il y avait la question du tirage au sort, nous on avait choisi de travailler sur la liste des convocables (...) Donc tout était prêt à l'avance, ce qui fait que l'assistante n'avait plus qu'à convoquer les personnes et nous préparer les dossier. Le vendredi après midi, avec l'infirmière on préparait les dossiers à l'avance, pour toute la semaine, on avait déterminé combien de personnes on allait voir dans la semaine. On voyait une à deux personnes par demi-journée pour l'enquête. Plutôt en fin de matinée, et on prévoyait une demi-heure.

B : Ca a été ?

Dans notre deuxième demi-journée avec l'infirmière on a commencé à regarder les dossiers et on s'est entraînées, c'est à dire que l'une et l'autre on a fait chacune l'interrogatoire comme si l'autre était salariée. Pour que déjà, on soit habituées au questionnaire, parce que si on ne savait pas comment il était fait, on allait perdre beaucoup de temps. La deuxième chose, c'est que comme on préparait les dossiers de la semaine suivante tous les vendredis, ça veut dire qu'on regardait les dossiers et on retournait dans le dossier d'entreprise et on remplissait tout ce qu'on pouvait des trois premières pages. Et comme je connais plutôt bien mes entreprises et que j'ai pas mal de renseignements, notamment pour tout ce qui était expositions aux produits chimiques en fait on pouvait pré-préparer le questionnaire, donc a gagné beaucoup de temps, ça tenait en une demi-heure à la consultation (...) Et donc après, tous les jours on revoyait les dossiers des personnes qu'on avait vu pour les corriger, pour s'assurer avant l'envoi qu'on n'avait pas oublié trop de choses, qu'on avait bien répondu à la question, éventuellement recontacté la personne si on avait zappé un truc. .

Contrairement à beaucoup de praticiens et praticiennes interrogés, cet entretien témoigne d'un souci de cette praticienne de garder le contrôle sur son emploi du temps, de prendre le temps nécessaire malgré les contraintes. Ainsi, grâce à une organisation conjointe bien huilée, qui a nécessité de prendre du temps à la fois en amont et en aval du recueil de données, la participation du binôme semble avoir été très bien vécue²⁰.

Cependant, si ces cas de collaborations fructueuses existent, ce qui ressort davantage de l'enquête, c'est que la plupart du temps, la participation des infirmières au recueil de données sort du cadre qui a été prévu par l'équipe SUMER : les infirmières font passer le questionnaire en entier, en l'absence du médecin (parfois absent des locaux), et, surtout, le questionnaire n'est pas revu ou relu par le médecin et le degré de collaboration s'avère faible. Rappelons qu'à l'origine, les infirmières devaient être mobilisées sur la première partie « risques organisationnels » et non sur les parties plus techniques. Même dans ce cas, la contribution de l'infirmière devait se faire sous la responsabilité du médecin, et le « jugement éclairé du médecin sur la qualité du poste de travail » était à remplir expressément par le médecin.

²⁰ Je n'ai malheureusement pas pu avoir accès au point de vue de l'infirmière, qui était en congé au moment de notre entretien, mais simplement au ressenti de la praticienne et à ce que l'infirmière lui avait confié de son ressenti propre, puis qu'elles avaient ensemble parlé de ma venue.

Les équipes suivent des effectifs importants et les médecins ont désormais beaucoup de visites problématiques à gérer, ce qui n'est pas sans impact sur les binômes. Ainsi, par exemple, les modalités de sollicitation des infirmières dans l'enquête SUMER se sont souvent limitées à une simple délégation, parfois dans le souci de limiter les cas présentant trop d'expositions professionnelles, mais ont rarement fait l'objet de réelles collaborations.

Une participation invisible

Non seulement les praticiennes et praticiens qui ont mobilisé une infirmière n'ont souvent pas pris le temps d'un travail de collaboration, mais la contribution des infirmières est largement invisible.

Quand le choix de l'équipe s'est porté sur le remplissage du questionnaire en ligne, l'infirmière l'envoie elle-même : elle le fait alors au nom du médecin, enregistrée informatiquement comme médecin. Cela pose problème à plusieurs personnes rencontrées.

Infirmière, entre 35 et 40 ans, entretien collectif :

Ca n'apparaît nulle part, qui a fait les questionnaires. Quand on prend ça brut, on a l'impression que c'est le médecin qui a tout fait !

En effet, tel que le dit cette infirmière, dans les résultats du recueil de données SUMER, les équipes, dont parfois jusqu'à 4 ou 5 acteurs ont participé à remplir le questionnaire, n'apparaissent pas. Apparaît seulement un nombre de « médecins participants ».

Les infirmières ont ressenti l'invisibilité de leur participation à différents niveaux. Tout d'abord, les difficultés de reconnaissance sont perçues par les infirmières en amont du processus d'enquête. Le fait que leur place à la réunion d'information n'ait pas été clairement définie comme indispensable, le médecin étant le seul interlocuteur officiel, a été perçu comme problématique, comme me l'explique cette infirmière en entretien individuel :

Infirmière, 30 à 35 ans, entretien individuel :

L'organisation a fait que lorsqu'on m'a informé de la date de réunion, les plannings étaient déjà bouclés donc je ne pouvais pas m'y rendre. Je pense que ce serait un point à améliorer parce que du coup, voilà le médecin m'a juste donné le petit Powerpoint, qui est bien fait hein, mais... Juste comme ça, j'ai du le relire plusieurs fois, parce que notamment sur l'organisation du tirage, etc. Ça suffit pas en fait. Du coup... oui, vraiment s'il y avait un point à améliorer, rendre obligatoire la présence de l'infirmière à la réunion, parce que c'est vrai que quand on participe à une grande enquête de cette ampleur, c'est bien de le faire de A à Z et pas de prendre le train en marche.

Il ressort de cet entretien que le fait d'inviter les infirmières à la réunion n'est pas suffisant : il faut d'une part, planifier la réunion d'information suffisamment en avance pour que les plannings ne soient pas encore bouclés, et, d'autre part, affirmer la nécessité de la présence de

toute personne « consultante » pour SUMER en rendant la présence des infirmières obligatoires. En effet, elles ont besoin d'être appuyées dans ce sens vis-à-vis de leur hiérarchie, soit la direction de leur service, qui, même si elle encourage en principe a priori la participation à l'enquête, peut voir d'un mauvais œil le temps qui lui est consacré.

De plus, le fait de cibler le médecin en tant que responsable d'équipe a aussi provoqué des déconvenues lors des réunions d'informations : les médecins étant seuls inscrits, il n'était pas possible d'anticiper l'affluence réelle et donc, de réserver une salle en conséquence. Une praticienne m'a ainsi rapporté au cours d'une discussion informelle que lors d'une réunion d'information, les équipes arrivent si nombreuses que la salle réservée par le médecin inspecteur s'avère beaucoup trop petite. D'après elle, cette déconvenue a alors été utilisée comme « prétexte pour abandonner » par des médecins à la motivation vacillante.

A la problématique de la réunion d'information elle-même, s'ajoute celle des documents qui y sont distribués, et de leur difficile utilisation à plusieurs, comme me le rapporte ce binôme :

Femme, médecin du travail, 50-55 ans, infirmière 30-35 ans, entretien binôme :

Médecin : Ces réunions d'information, et SUMER, est très dirigé médecin. Donc elles, elles ont été invitées, mais elles n'avaient pas du tout de supports, elles n'avaient rien de prévu pour elles. Hein ?

Infirmière : Oui, tous les documents, tout était dédié au médecin, le reste de l'équipe, même moi j'avais pas de support. C'était un carton par médecin, du coup on est intégrées mais finalement on a du mal à trouver notre place.

B : vous vous passiez le guide entre les consult' ?

Infirmière : J'en avais fait des photocopies.

Médecin : Les secrétaires et l'infirmière se sont senties un peu à part dans l'enquête.

Infirmière : A part, pas forcément, mais on subit, on est obligées de suivre quelque part, on se sent quand même... il y a une importance à avoir les documents, les explications pour tout le monde et de parler en « équipe de santé au travail ».

Le fait que le « guide », souvent perçu comme indispensable pour le déroulement de l'enquête, soit distribué en un seul exemplaire à destination du médecin, apparaît ici problématique. En pratique, s'il y a plusieurs « consultants », il faudrait plusieurs guides. Les conseils et informations qui y sont consignés y sont d'autant plus fréquemment consultés que les consultants sont novices. L'infirmière doit donc photocopier le guide pour y avoir accès pendant le processus d'enquête.

En aval maintenant, la reconnaissance de l'implication des infirmiers et des infirmières dépend des relations au sein de l'équipe ou du binôme, voire du service. Dans le service où l'implication des infirmières a été encouragée, il semble qu'elles soient satisfaites de cette implication. En revanche, dans des services où la participation de l'infirmière s'est faite de manière plus isolée (peu d'infirmières dans le service et/ou peu d'infirmières participantes, par exemple), la participation à l'enquête peut s'avérer moins gratifiante. Dans une antenne locale d'un service, une infirmière est la seule à avoir participé, avec son médecin. Celui-ci

ne lui fait pas suivre les courriers qu'il reçoit suite à sa participation : elle n'a donc pas idée des retours qu'elle pourra espérer de l'enquête et le regrette :

Infirmière, entre 35 et 40 ans, entretien individuel :

Ce qui serait bien ce serait qu'on puisse avoir un retour des résultats de l'enquête, bon j'imagine qu'on peut aller sur internet et les avoir mais... on a participé.

Dans ce cas comme dans d'autres, le courrier électronique de remerciement adressé par l'équipe de SUMER aux médecins participants n'a pas été diffusé à l'équipe.

On note donc un décalage entre l'importance du tournant que représente le changement de la fonction infirmière pour l'équipe de santé au travail (l'infirmière prend de plus en plus le relais sur plusieurs prérogatives du médecin) et l'absence de reconnaissance formelle de ce changement.

Cette situation, observée à partir de l'implication dans l'enquête SUMER, reflète généralement assez bien la place encore peu confortable des infirmières dans les services interentreprises. Elles sont très mobilisées et les attentes à leur égard sont importantes, mais les conditions de travail et la reconnaissance ne suivent pas toujours. Les discussions informelles avec des infirmières comme avec des médecins font remonter un sentiment d'amertume : de longues négociations sont nécessaires pour obtenir un bureau, ou pour pouvoir se sentir légitime à exercer des tâches qu'elles estiment ressortir du travail infirmier et non pas simplement suivre des protocoles fermés. Au-delà de l'invisibilité de leur participation à SUMER, les infirmières expriment souvent le sentiment d'un travail invisible.

4) Un accès aléatoire des médecins aux ressources pluridisciplinaires

La « pluridisciplinarité » est largement incarnée par les IPRP, qui n'épaulent pas directement le médecin sur le versant clinique de son travail (c'est le rôle des infirmières) mais plutôt sur le versant technique, et viennent ainsi davantage prolonger l'action en milieu de travail que les consultations.

De ce fait, la possibilité de solliciter les IPRP dans le protocole d'enquête SUMER ne consistait donc pas en une délégation de questionnaires ou de parties de questionnaires. Il s'agissait par contre d'une prise d'informations ou de renseignements en entreprise, afin de préciser certaines expositions.

« Pour les parties sur les expositions physiques, chimiques et biologiques, qui ont un caractère plus technique, il s'appuiera toujours sur son expertise médicale et sur les réponses du salarié. Il pourra compléter le questionnaire en procédant à une visite du poste de travail pendant son tiers-temps (qui pourra également être réalisée par les IPRP) ».

Nous verrons plus loin qu'il ressort de l'enquête une faible mobilisation des IPRP pour effectuer ce travail complémentaire en milieu de travail (notamment sur le volet « agents chimiques »), que les médecins justifient souvent par le sentiment que l'enquête SUMER sort de la mission dévolue, au sein du service, aux IPRP.

La question de l'accessibilité ou non de l'appui d'acteurs non médecin peut également expliquer le recours relativement faible à la pluridisciplinarité. Elle constitue en tous cas une importante inégalité de départ entre des médecins insérés dans des services où la pluridisciplinarité est ancienne et bien installée et des médecins qui exercent de manière isolée ou dans un contexte pluridisciplinaire plus fragile de par l'historique de leur structure.

Les infirmières et les IPRP ne sont pas distribués également sur tout le territoire et certains services sont beaucoup plus pourvus que d'autres en ressources pluridisciplinaires. Au sein d'un même service, parfois, certaines « antennes » rurales ne sont représentées que par un médecin seul ; ce dernier a donc de par son éloignement géographique un accès restreint aux ressources pluridisciplinaires du service, et de par la taille souvent relativement modérée de son effectif, il ne dispose pas non plus de l'assistance d'une infirmière.

On peut imaginer qu'en amont de l'enquête, ces médecins aient pu être dissuadés de participer du fait de l'impossibilité d'être suffisamment assistés dans le recueil de données.

Partie 3 : Des conditions de recueil de données tributaires des types d'effectifs suivis : une veille difficile sur certains publics et certaines expositions

Les conditions d'exercice des médecins ne dépendent pas uniquement de l'équipe pluridisciplinaire et de son degré de mise en place, même si cet aspect apparaît prépondérant. Les médecins et leurs équipes mettent aussi en avant, en entretien, des difficultés en lien avec le type de publics suivis, et avec le rapport qu'entretiennent ces publics avec la médecine du travail. Les salariés et les entreprises, les types d'exposition aux risques sur un secteur donné, façonnent bien évidemment largement les conditions de travail des médecins. Ces aspects ont donc, de fait, un impact important sur les médecins et les équipes enquêtrices.

1) Quand le type de publics influe sur l'enquête : des très petites structures et des publics précaires difficiles à cerner

Le bassin d'emploi et le type de structures auxquels les médecins et les équipes sont confrontées influe sur la participation à SUMER : le « coût » d'engagement ne sera par exemple pas le même pour un médecin qui ne suit que des salariés intérimaires et pour un

autre qui suit depuis trente cinq ans les mêmes entreprises ; ou encore pour un médecin dont l'effectif est très divers, à majorité industrielle, et un autre dont l'effectif se caractérise par une grande proportion d'entreprises du secteur tertiaire.

Ces spécificités, les médecins et les équipes les ont évoqués lors de notre enquête.

Le BTP, par exemple, se caractérise par des très petites structures sur lesquelles l'impact de l'enquête sera important. Les médecins savent que les employeurs travaillent avec deux ou trois salariés et qu'ils viennent souvent en groupe aux visites périodiques. La durée des visites est en enjeu pour eux.

Entretien collectif :

Mdt 1 : Des gens qui arrivent en groupe, si déjà vous accaparez une heure pour l'enquête... pour les autres, ils attendent. Ils doivent retourner au boulot... si au bout d'une heure ils ne sont pas revenus sur le chantier !

Mdt 2 : Le problème, c'est que si les employeurs ne sont pas prévenus avant, ils ont pas prévus le coup quoi, donc ils attendent leurs gars sur le chantier, une demie-heure et une heure après.

Mdt 3 : Quand ils n'attendent pas dans la rue, dans le camion...

B : Donc vous avez eu des refus dus aux structures des entreprises BTP, qui sont plutôt des TPE ?

Mdt 3 : Oui !

Mdt 2 : Si les employeurs pouvaient être prévenus... En sachant que ça durerait plus longtemps cette fois là, bon je ne sais pas si ils les enverraient, mais peut-être qu'ils prévoiraient le coup à les faire venir à deux véhicules.

En ville, les entreprises de ménage sont directement identifiées comme étant problématiques pour le déroulement de l'enquête. D'une part, l'absentéisme aux visites de leurs salariées (principalement des femmes issues de l'immigration africaine et asiatique) est particulièrement élevé. D'autre part, quand les salariées se présentent, il n'est pas aisé de les intégrer dans l'enquête : elles parlent souvent très peu le français et la passation des auto-questionnaires est rendue impossible par un fort taux d'illettrisme parmi elles. C'est ce dont témoigne ce médecin, qui m'a rencontré au titre de médecin participant mais dont le nombre de questionnaires rendus (« un ou deux » questionnaires répondants) est bien loin de satisfaire aux exigences de l'enquête :

Homme, médecin du travail, entre 40 et 45 ans, entretien individuel :

B : Comment vous vous y êtes pris ?

C'était un peu difficile, j'avoue de par mon effectif. Parce que j'ai 2000 salariés de nettoyage, j'ai reçu le CR de ma participation où j'avais pas... finalisé les 30. Parce que le gens ne savent pas parler la langue et si j'arrive à quelque chose, pour aller plus loin les produits autres, ça c'était vraiment très difficile. Donc je voulais tricher un peu mais j'ai pas voulu biaiser l'étude ! Je voulais faire appel à des gens qui peuvent communiquer les choses, selon l'entreprise... Mais il y avait une sélection, des recommandations bien faites mais ça tombait toujours sur les gens du nettoyage étant donné que c'est le plus gros de mon effectif. Du coup c'était pas évident, entre les gens qui ne viennent pas, il y a un grand nombre d'absents en général pour le nettoyage et ceux qui viennent ne maîtrisant pas la langue, ils sont pas inclus dans l'étude hein... Et ceux qui arrivent à répondre on est limités au premier questionnaire, je peux pas aller plus loin parce que... par rapport aux produits, ils n'ont aucune idée de ce qu'ils utilisent...

Vous répondiez quoi ?

Les quatre premières pages, après je m'arrête. Quand il faut aller plus loin sur les produits, ça c'est pas possible, j'en ai réalisé peut-être un ou deux ou je suis allé plus loin mais les autres malheureusement, je suis désolé mais...

Dans une autre antenne du même service, une infirmière est confrontée aux mêmes problématiques.

Infirmière, entre 30 et 35 ans, entretien individuel :

Alors, il y a beaucoup eu de non répondants parce que c'était beaucoup de salariés du nettoyage et on a souvent beaucoup d'absentéisme sur les périodiques et j'ai eu beaucoup de non répondants pour cause de non présentation. C'est tombé comme ça... En général, en visite périodique on a aussi plus d'absentéisme que sur les visites d'embauche ou de reprise donc... Il y a sept présents/répondants et il y a un huitième présent mais qui parlait vraiment très très mal le français donc c'était impossible, en fait.

Dans le même service, une praticienne qui s'était portée volontaire, mais a abandonné, pointe aussi son effectif comme une raison de son abandon :

Femme, médecin du travail, entre 55 et 60 ans, entretien individuel :

C'est aussi lié au type d'effectif, si j'avais eu que des gens qui travaillent dans des bureaux, c'est sûr que ça aurait été plus facile et rapide de compléter le questionnaire, et c'est des gens qui parlent français, qui répondent... Nous il y a des gens qui, 50% de gens qui ne répondent pas, qui ne peuvent pas vraiment répondre, il y a des gens avec qui la communication est ras les pâquerettes, on voit si physiquement ils vont bien, c'est tout. J'ai des ouvriers qui sont manœuvre ou manutentionnaires, c'est des chantiers de démolition, à quoi il sont exposés ? Ils sont exposés à tout !

Le type d'entreprises et de salariés auxquels les médecins et leurs équipes sont confrontés au quotidien influe donc à la fois sur les appréhensions à s'engager dans l'enquête et sur le déroulement de l'enquête lui-même : certaines entreprises suivies sont plus promptes à l'absentéisme, d'autres emploient des personnels qui ont des difficultés à s'insérer dans l'enquête, notamment parce qu'ils ne maîtrisent pas le français ou la lecture et l'écriture. Les praticiens et praticiennes peuvent alors regretter que ces populations ne puissent pas apparaître dans l'enquête, car elles sont exposées à de nombreux facteurs de risques professionnels. Ici, les modalités de participation à l'enquête SUMER reflètent des problématiques plus larges liées au système de prévention : les populations les plus exposées sont, en général, les plus difficiles à suivre et elles exercent dans des structures où la prévention a le plus de difficultés à pénétrer.

2) Le rôle des évolutions des modalités de suivis de ces publics dans le déroulé de l'enquête

Beaucoup de médecins pointent en entretien un changement dans leurs conditions de travail lié à l'évolution de la médecine du travail.

Certaines praticiennes mettent en entretien collectif l'accent sur le fait que leurs conditions de travail les poussent vers une pratique orientée très largement vers des problématiques de santé, et moins vers une veille ou une action préventive. Ainsi, les situations rencontrées au

quotidien sont davantage chronophage et l'enquête SUMER s'insère moins bien dans un quotidien professionnel quasiment exempt de visites de routine :

Femmes, médecins du travail, entre 40 et 45 ans, plus de 60 ans, entretien collectif :

Mdt 1 : Je vois là, on fait de plus en plus d'anciennes embauches, des ouvertures de dossiers, ce qu'on appelle des premières visites, donc on est obligés de faire tout un interrogatoire, beaucoup...

B : Pourquoi plus ?

Mdt 1 : Parce que j'ai beaucoup d'intérim.

Mdt 2 : Et parce que les employeurs envoient en priorité les personnes qui n'ont jamais eu de visites, ou pour lesquelles il y a déjà des problématiques au travail.

Mdt 1 : Donc je vois des personnes que j'ai jamais vues, parce qu'il y a des soucis. Ah oui, il y a beaucoup plus de demandes, plus de reprises... et comme les gens vous les connaissiez avant donc vous connaissiez un peu les pathologies, là j'ai vu quelqu'un que j'avais pas vu depuis 5 ans, donc au bout de 5 ans, en 5 ans il s'était passé pas mal de choses donc les visites sont plus longues. Et il y a aussi plus de visites demandes salariés. Et il y a des employeurs qui malgré la loi tiennent à ce que ce soit toujours nous qui voyons les salariés en embauche.

Pour cette praticienne, les salariés sont de plus en plus convoqués dans les locaux du service, et il y a de moins en moins de centres mobiles ou de déplacements des médecins. Cet élément, selon elle, rend difficile l'implication dans l'enquête pour des salariés dont le temps de visite est d'autant plus compté qu'il s'ajoute à un temps de trajet parfois important :

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien binôme :

Les refus qu'on a eus, c'était faute de temps. Il y en a qui ont accepté de faire le petit questionnaire, s'ils avaient besoin d'aide, ils demandaient, et après ils le mettaient sous enveloppe, et certains acceptaient derrière de faire le questionnaire complet et certains quand je leur disais que ça durait encore 45 min, c'était niet, c'était non, je ne veux pas, c'est trop long. Le questionnaire est trop touffu, les visites médicales... Déjà les gens on ne les prend pas toujours à l'heure, on peut avoir un peu de retard. Ils ne supportent pas le retard, ils peuvent venir de loin, maintenant la quasi totalité de nos visites... ça il faut en tenir compte, c'est une évolution par rapport à SUMER 2010, avant la médecine du travail, on faisait beaucoup d'extérieur, il y avait beaucoup de sites déportés, maintenant tout le monde vient dans nos centres médicaux et il y a des kilomètres à faire, parfois une demi heure voire plus de trajet aller et de trajet retour, parfois ils viennent en covoiturage, à deux ou trois, ils prennent leur demie journée donc ils n'acceptent pas de perdre du temps pour quelque chose pour lequel ils n'auront pas de retour, on leur dit c'est pour une enquête mais c'est pas leur problème, c'est pas leur priorité. Ils n'étaient pas réfractaires, ils étaient d'accord pour participer, mais c'était vraiment qu'ils n'avaient pas le temps, et ce n'était peut-être pas tant un problème il y a cinq ou six ans.

Ainsi, si le manque de temps médical dans les services est devenu un problème de plus en plus épineux depuis la dernière campagne SUMER, le temps des salariés semble aussi être devenu une ressource plus rare, et qu'il convient d'épargner.

3) Une enquête qui passe mal auprès des adhérents en mal de visites médicales

La périodicité des visites est de plus en plus faible, et certains salariés n'auront aujourd'hui plus l'occasion d'être vus par un médecin au long de leur vie professionnelle. Au moment de l'enquête, la dernière réforme dans ce sens était encore en cours et certains employeurs attendaient encore principalement du service interentreprises qu'il fournisse ces visites, dues en contrepartie de l'adhésion. Dans un contexte de manque de temps médical, ces visites sont obligatoires, mais ne sont pas prioritaires, contrairement à toutes les autres soient les visites

d'embauche et les visites de reprises, ainsi que les visites à la demande. Le fait que l'enquête SUMER se déroule sur des consultations périodiques a donc été anticipé comme potentiellement problématique par l'équipe SUMER, qui a choisi d'intégrer des changements dans le protocole d'enquête qui rendraient plus cohérents la passation du questionnaire dans ce contexte (notamment le mode de tirage B sur l'ensemble des salariés convocables).

Des difficultés affleurent tout de même et les adhérents peinent à comprendre le statut de ces visites périodiques, comme en témoigne cette praticienne :

Femme, médecin du travail, entre 45 et 50 ans, entretien collectif

Dans des entreprises auxquelles je ne donnais aucune périodique, là j'en prends trois, et en plus je les garde super longtemps... Je leur ai dit que c'était tiré au sort, que c'était le hasard. Mais il y a toujours un responsable pour me dire, je suis sur des grosses boites, « Ah ben vous êtes bien tombés, comme par hasard ça tombe sur lui », et j'ai senti qu'il y avait une sorte de suspicion. « Il a du demander à être reçu pour se plaindre ».

Ce discours reprend celui des assistantes que j'ai rencontrées, et qui étaient en première ligne de ce type de problématique, les employeurs leur signifiant régulièrement leur incompréhension ou leur colère au téléphone.

Cette même praticienne exprime de l'empathie vis-à-vis des employeurs. Dans un contexte où le service interentreprises n'arrive pas à remplir son rôle de suivi individuel des salariés (visites périodiques obligatoires, visites de reprises), est-il vraiment légitime de mener une enquête ?

J'ai eu des soucis avec des employeurs qui m'ont dit « vous nous piquez des gens, pourquoi une heure, pourquoi eux et pas les autres, vous nous donnez aucune visite périodique et là comme il y a une enquête, ça vous arrange... » Ils étaient verts ! Le problème, c'est que quand on ne les prévenait pas, on mettait un systématique donc on créait un rendez-vous de plus, et l'employeur nous appelait et nous disait « j'ai 42 reprises ». On lui répondait « on n'a plus de créneau », il nous disait « c'est pas grave là il y a une systématique je vous l'envoie à la place c'est prioritaire ». On ne savait plus quoi dire ! Les employeurs... c'était avant la nouvelle loi, ils étaient en situation de fragilité juridique puisqu'on ne leur donnait pas les visites obligatoires et on leur prenait du temps ! Donc l'employeur finalement, je n'étais pas insensible à son discours.

Des sentiments similaires ont été exprimés par d'autres médecins, qui ont donc parfois fait le choix de prévenir les employeurs du déroulement de l'enquête, afin de pouvoir tenter de les convaincre au préalable du bien-fondé de l'enquête plutôt que de les informer *a posteriori*, quand il auraient déjà nourri une incompréhension voire un ressentiment vis-à-vis du service.

4) L'identification des risques chimiques : une tâche difficile à mettre en œuvre

Quand les différents acteurs reviennent sur leur implication dans l'enquête SUMER, la principale pierre d'achoppement, qui revient de manière récurrente dans les entretiens, est l'identification des risques chimiques. Elle est problématique pour beaucoup de médecins, et

elle est problématique également pour les infirmiers et les infirmières qui les épaulent pour la première fois dans le recueil de données.

La difficulté pour les médecins d'identifier les risques chimiques

La partie « agents chimiques » couvre quatre pages et ils revêtissent une importance particulière dans SUMER. La légitimité et la notoriété de SUMER reposent en grande partie sur l'expertise toxicologique des médecins et la possibilité de « sortir » ces chiffres (tandis que d'autres enquêtes épidémiologiques se spécialisent par exemple davantage sur les RPS, c'est le cas d'EVREST).

Or, quand on revient sur l'enquête avec les équipes qui ont participé, la première thématique qui ressort est **la difficulté à remplir la partie « risques chimiques »**. Cette difficulté est double : d'une part c'est une partie jugée ardue en elle-même, et ce depuis les premières campagnes (parce qu'elle nécessiterait des compétences en toxicologie). C'est déjà ce qui ressort de la post-enquête menée en juillet 2011 par une équipe d'ergonomes pour savoir comment l'enquête avait été menée²¹, et notamment pointer les écarts entre travail prescrit et travail réel : la partie est jugée difficile par les médecins, elle nécessiterait l'intervention de toxicologues.

Dans la droite ligne de ce rapport de 2011, pour certains médecins rencontrés, la partie « risques chimiques » du questionnaire est « trop poussée » et ne relève pas leurs compétences de médecin. J'ai eu ainsi plusieurs témoignages de ce type :

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Sur le risque chimique, on n'est pas suffisamment compétents pour y répondre. C'était trop poussé quoi. Il faut un ingénieur chimiste.

On peut remarquer ici que le contexte des services interentreprises est moins propice que celui d'un service autonome pour que les médecins se familiarisent avec les produits toxiques utilisés, car dans ce dernier cas le médecin n'a qu'une seule entreprise à investiguer, au contraire des médecins de service interentreprises qui suivent souvent des effectifs couvrant un éventail de types d'entreprises et de types de risques extrêmement divers et au sujet desquels ils ne peuvent donc pas tous acquérir d'expertise.

²¹ Caroly Sandrine, Landry Aurélie, Poussin Nadine, « Impacts du modèle de santé au travail des médecins du travail sur la réalisation de l'enquête Sumer 2009 et effets sur leurs pratiques », rapport final post-enquête SUMER 2009, juillet 2011.

D'autre part, il ressort de notre enquête que cette partie du questionnaire est non seulement ardue ou jugée ardue, mais d'autant plus difficile à remplir étant données les conditions de travail actuelles au sein des services interentreprises.

Une bonne connaissance du contexte (des entreprises, des postes), permet en effet de ne pas prendre pour argent comptant le déclaratif des salariés. L'exemple qui revient de manière récurrente est celui d'une femme de ménage qui dit qu'elle n'est pas exposée à des substances chimiques, mais qui en réalité manipule de nombreux produits toxiques au quotidien. Le travail du médecin est d'aller au delà de la réponse de l'agent d'entretien et d'essayer d'identifier, avec son aide, les produits utilisés. Il s'agit donc d'aller chercher dans son discours le plus de détails possibles qui permettent de reconstituer l'ensemble de ce à quoi un salarié est exposé dans son quotidien professionnel. Cette investigation des conditions de travail des salariés est particulièrement chronophage.

Femme, médecin collaborateur, entre 50 et 55 ans, entretien collectif

Moi parce que je venais d'arriver ça m'a motivé pour aller approfondir certaines questions, d'abord parce que je ne savais pas y répondre, et parce que la personne en face de vous elle est loin de savoir, il y a 95 produits chimiques, euh... Les gens ne savent pas quels produits ils manipulent... Alors comment, quand, c'est à peine s'ils le savent. Donc il y a les trois quart d'heure avec le salarié et par exemple les deux heures que vous allez passer chez M. parce que vous avez eu un mécanicien M. qui vous a dit « on change les batteries », donc vous vous dites « il doit y avoir de l'acide. Mais comment ? » Donc il faut aller sur place.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Pour un questionnaire j'ai réussi à avoir le nom des produits, j'ai fait des recherches et j'ai fini par trouver des éthers de glycols mais ça m'a pris deux heures, je l'ai pas refait à chaque fois hein ! On essaie de faire des recherches... Mais c'est du temps de soirée, masqué, qui n'apparaîtra pas.

Mon enquête fait moins apparaître une sensation de manque de compétences que l'idée de manque de temps et de ressources : ce sont les conditions de travail qui sont en cause et non pas la formation des médecin ou le choix de l'enquêteur légitime.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

C'est la partie toxicologie qui pose le plus de problème parce qu'on n'a pas trop le temps d'aller creuser en entreprise... Quand on ne connaît pas les produits qui sont effectivement utilisés et qu'on n'a pas le temps d'aller chercher dans le placard de chaque entreprise, on ne peut pas répondre.

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

Moi la chimie ça m'a affolé complètement, alors on nous a expliqué que ça nous faisait apprendre des choses etc. et enfin voilà si on a un ouvrier sur trente, ou un peintre, bon d'accord, c'est vrai ça nous fait apprendre des choses évidemment mais si c'est que ça, je voyais pas du tout au niveau temps comment je pouvais arriver à faire ça.

Ce dernier extrait fait apparaître l'imbrication des deux, puisqu'il s'agit d'une praticienne nouvellement convertie à la médecine du travail qui ne se sent pas suffisamment compétente et estime qu'elle ne dispose pas du temps nécessaire à prendre le temps d'investiguer, et d'acquérir ainsi de nouvelles connaissances dans le domaine.

Pour effectuer correctement ce recueil de données « agents chimiques », il faudrait donc à la fois plus de compétences (c'est une difficulté « chronique ») et plus de temps (cette difficulté est liée au contexte).

Les infirmières témoignent de manière très similaire. Leurs modalités de participation, qui devaient au départ être concentrées sur la partie « risques organisationnels », ont été comprises de manière très large par certains médecins, et elles ont effectué des questionnaires dans leur intégralité, parfois sans même que le médecin n'effectue au préalable une sélection des situations ou entreprises les moins problématiques. En conséquence, elles ont parfois été confrontées, si ce n'est à des risques chimiques, du moins à l'appréhension d'être confrontées à des situations où des risques chimiques seraient présents et à celle de ne pas pouvoir faire face.

Leurs discours sur leur sentiment d'incompétence en toxicologie, de manque de moyens nécessaires pour répondre aux questions « risques chimiques » rejoint très largement ceux des médecins :

Infirmière, entre 30 et 35 ans, entretien binôme :

Le gros problème c'est tout ce qui touche à la toxicologie, aux produits... et là on était face à un mur, tout le monde était perdu, on n'avait pas les informations. Donc là on se disait pourvu que ce soit quelqu'un d'administratif parce que sinon je ne sais pas quoi mettre, je ne sais pas quoi répondre !

Les infirmières qui remplissaient seules les questionnaires ne se sont donc pas toujours senties suffisamment épaulées par les médecins, pourtant responsables de l'enquête, dans le processus de recueil de données.

L'appui des IPRP dans l'identification des risques chimiques : des toxicologues précieux sur le long terme, mais rarement sollicités sur l'enquête

A première vue, on pouvait penser que le fait d'ouvrir l'enquête à d'autres acteurs que les médecins du travail pouvait s'avérer facilitant pour la partie « risques chimiques », et notamment donc pour la « visite du poste de travail » souvent nécessaire à un recueil de données précis. La plupart des services de santé au travail (surtout les très gros) emploient soit des spécialistes en toxicologie, soit des techniciens HSE qui sont formés en toxicologie. Certains services disposent de toxicologues qui sont théoriquement à la disposition des médecins pour les aider sur le versant « prévention des risques chimiques ». Cependant, ils sont souvent très mobilisés, à la fois sur des demandes de médecins et sur des projets de prévention menés à l'échelle du service, et non plus sur la demande d'un médecin

en particulier. D'autres services emploient des techniciens polyvalents que les praticiennes et les praticiens peuvent mobiliser sur les risques chimiques. Les « assistantes de services de santé travail » ou ASST constituent également un renfort de main d'œuvre sur le versant technique de la prévention et peuvent être sollicitées pour aller sur le terrain vérifier un niveau d'exposition ou effectuer des mesures.

Or, il semble que dans les services interentreprises, malgré l'ouverture du protocole d'enquête SUMER à la pluridisciplinarité, les questionnaires aient rarement pu bénéficier de cette assistance aux médecins sur le volet « action en milieu de travail », car les IPRP n'ont été que marginalement mobilisés.

Parmi les sept services visités, un service se distingue. La commission médico-technique (CMT) du service a décidé de faire de SUMER une priorité pour les médecins et pour les IPRP du pôle « risques chimiques ». Sur la durée de l'étude, l'assistance aux médecins enquêteurs de SUMER était donc identifiée comme une priorité et les médecins ont donc fait appel à eux dans ce cadre de manière très simple, comme me le raconte un médecin au statut de coordonnateur sur le risque chimique :

Les médecins sollicitaient les toxicologues du service ?

Oui, enfin les techniciens HSE du pôle chimie. Ils ont compris qu'ils avaient pour mission de le faire, c'est comme ça qu'on l'a vendu ; c'est un mail de la direction qui est parti au pôle IPRP en disant que c'était une priorité de service, et ils se sont à chaque fois rendus disponibles pour répondre aux demandes sur SUMER.

B : Ils regardaient les fiches de données de sécurité ?

Ca dépendait... Il y en a eu un c'était pour un cabinet dentaire, typiquement les fiches de données de sécurité difficiles à... donc il a travaillé autrement pour pouvoir répondre aux questions SUMER. Il y a eu quoi d'autre ? Une autre activité où il n'y avait pas de fiches de données de sécurité donc on avait travaillé par famille.

La possibilité de faire appel à des IPRP pour le volet « agents chimiques » a été clairement exposée comme une stratégie de motivation des médecins pour participer à l'enquête, dans un contexte perçu comme peu propice à leur implication. Les médecins se sont manifestement saisis de cette assistance. A noter que dans un autre service, un techniciens HSE assiste à un entretien collectif pour s'informer sur l'enquête SUMER, avec l'idée qu'il puisse un jour y participer ; il dit avoir rejoint le service il y a trop peu de temps pour avoir pu être impliqué, mais le fait qu'il ait été invité à se joindre aux équipes participantes témoigne d'une volonté, de la part du médecin coordonnateur ayant organisé l'entretien, d'inclure ce type d'acteurs dans les participants potentiels à l'enquête.

Dans les cinq autres services, j'ai eu des échos bien différents, comme dans ces deux exemples :

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel :

Ah non, c'était pas possible, on a une toxicologue pour toute l'entreprise, et elle est là une après-midi par semaine, pour 50 médecins, et elle a aussi son travail...

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Notre ingénieur en toxicologie ne va certainement pas aller dans l'entreprise de ménage pour aller voir quelle est la composition du produit pour nettoyer le sol, enfin je me vois pas bien lui demander ça quand même !

Les médecins n'ont pas osé mobiliser les toxicologues au niveau « ingénieur », pour ce qu'ils percevaient comme de la basse besogne. Ils n'ont pas non plus pensé ou osé mobiliser les techniciens polyvalents qui auraient pu aller sur le terrain vérifier les fiches de données de sécurité, par exemple, ou la composition de certains produits.

Une praticienne exprime quant à elle des doutes quant aux capacités d'un IPRP qui n'est pas toxicologue à assister le médecin sur le volet « risques chimiques »

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien binôme :

On a un IPRP très bien, mais il n'est pas non plus spécialisé en risques chimiques, il est limité, et il est pas à l'aise. Ce questionnaire, c'est un toxicologue qui arriverait à le remplir.

L'ouverture « pluridisciplinaire » n'a donc pu être efficace que quand le service ciblait un « pôle » (le pôle risques chimiques) et donnait officiellement un aval pour qu'il soit mobilisé de manière prioritaire pour la durée de l'enquête SUMER. Dans le cas contraire, on a l'impression que l'inverse se produit : soit des ressources jugées fiables dans ce domaine sont inexistantes, soient les médecins ne pensent pas à mobiliser ces acteurs – parce qu'ils estiment que le travail à effectuer est trop complexe, ou encore parce qu'ils ne se sentent pas légitimes à le faire, et qu'ils auraient l'impression de les détourner de leur travail (participer à l'enquête SUMER ne fait pas partie du travail « normal » et à ce titre est une activité moins légitime pour le service).

Faire appel à des IPRP pour les questions ayant trait aux risques chimiques aurait pu être très aidant pour les médecins du travail et leurs équipes. Leur absence de recours à cette assistance est révélatrice de défauts du système pluridisciplinaire tel qu'il est aujourd'hui mis en place dans beaucoup de services, dus notamment à la tutelle hiérarchique des IPRP – les directions de services – et aux politiques qu'elles mettent en place, visant davantage la gestion des risques que la protection de la santé des salariés²². Ceci dit, les IPRP ont pu tout de même jouer un rôle, même quand ils n'ont pas été spécifiquement mobilisés. Leur assistance peut être perçue comme une assistance invisible ou difficile à évaluer dans le cadre strict de

²² Voir Blandine Barlet, « De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la 'pluridisciplinarité' », thèse de doctorat de sociologie, Université Paris X Nanterre, soutenue le 17 juin 2015.

SUMER : par exemple, un médecin ayant recours régulièrement à l'assistance d'un IPRP pour des problématiques de risques chimiques se montrera moins anxieux vis-à-vis de la partie « agents chimiques » du questionnaire, même s'il ne sollicite pas directement cet IPRP pour l'enquête, parce que les problématiques « risques chimiques » de son effectif auront été plus clairement identifiées en amont²³.

L'impact des conditions de recueil de données sur la partie « agents chimiques » : le risque d'une sous-déclaration

Les risques chimiques et leur évaluation apparaissent d'autant plus stressants aux médecins et à leurs équipes que l'effectif (les entreprises, les postes) a été affecté récemment ou reste peu connu malgré une affectation plus ancienne, du fait de la surcharge de travail. Ainsi, faire face à la rubrique « agents chimiques » n'est pas simplement plus difficile pour une infirmière que pour un médecin. Dans un contexte où les entreprises et les postes sont connus et que le travail est fait en amont, il est aussi simple pour une infirmière que pour un médecin de répondre aux questions.

Le caractère pléthorique et aléatoire des situations d'expositions aux risques chimiques est à son comble pour les médecins ou les équipes qui suivent des salariés intérimaires. Or, la part d'intérimaires parmi les répondants est en fort recul entre 2010 et 2017. Ce recul semble confirmer que cette population est particulièrement difficile à suivre, et aussi, de ce fait même, que les médecins du travail qui la suivent n'ont pas souhaité se porter volontaires. Par définition, ils ne peuvent pas connaître tous les postes ni toutes les structures d'accueil, ce qui rend une enquête comme SUMER beaucoup plus coûteuse en temps.

Il y a donc là aussi un continuum par rapport aux risques chimiques, qui ne dépend pas seulement des connaissances du médecin, mais de conditions d'exercice plus ou moins favorables, que l'on peut jauger avec l'aide des questions suivantes :

- exerce-t-il depuis longtemps sur le même secteur, avec ou sans infirmière ?
- a-t-il régulièrement accès à l'assistance d'un IPRP spécialisé dans le domaine des risques chimiques ?
- exerce-t-il sur un secteur à géométrie variable et avec une forte tension sur les visites (peu de temps pour l'action en milieu de travail) ?
- son effectif se concentre-t-il sur des agences de travail temporaires ?

²³ On verra par la suite que la solidité de l'assistance pluridisciplinaire sur les risques chimiques est un facteur qui incite les médecins à penser qu'ils ont « eu de la chance » dans le recueil de données sur les expositions aux risques chimiques. Voir citation page 52 (femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif).

En fonction de ces éléments, qui affectent bien entendu les conditions de recueil de données dans leur ensemble, nous avons particulièrement noté que la partie « agents chimiques » du questionnaire pourra être perçue très différemment par les équipes.

Partie 4 : Après l'enquête. Ressenti des enquêteurs et perspectives

Dans cette partie conclusive, nous allons revenir sur le ressenti des médecins et des équipes vis-à-vis de leur participation à SUMER, et plus généralement leur point de vue sur l'enquête, en gardant en tête les liens possibles entre ce ressenti et les différentes contraintes de recueil de données passées en revue plus haut. En écho à la première partie de ce rapport qui traitait des ressorts de l'implication dans SUMER, il s'agit de comprendre pourquoi les aspects initialement motivants et valorisants de l'enquête ont finalement laissé place à des sentiments moins positifs vis-à-vis de l'expérience du recueil de données.

1) Une insatisfaction par rapport à leur propre participation

Parmi les enquêtés, beaucoup expriment des regrets ou un sentiment de frustration : ils n'ont pas mené l'enquête à bien de la manière dont ils auraient souhaité le faire, ils n'ont pas été à la hauteur.

Femme, médecin du travail entre 55 et 60 ans, entretien binôme :

Je ne me suis pas investie complètement, je vous le cache pas, parce que... Manque de temps, l'activité est par phase, il y a des moments où ça va et des moments où on se retrouve avec des gros dossiers, donc on n'a pas la sérénité suffisante pour s'investir pleinement et faire ce qu'on souhaitait faire.

C'est à dire, personnellement, mon infirmière non parce qu'elle est extraordinaire, elle épluche vraiment les questionnaires, elle essaie vraiment d'aller au bout, mon assistante c'est pareil, elle les a motivé. Mais moi, j'ai pas fait ce que j'aurais du et j'aurai pu faire. Et pas parce que ça ne m'intéressait pas, parce que je n'avais pas le temps, clairement.

De la même manière, une autre praticienne évoque en entretien collectif une situation dans laquelle ses collaboratrices infirmières et assistantes avaient été, de son point de vue, irréprochables, tandis qu'elle avait ralenti le processus d'enquête en égarant momentanément un dossier :

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Ca a été compliqué de me faire faire le travail qu'il fallait que je fasse, parce qu'il y a des piles et si c'est en dessous de la pile, ben ça passe à l'as. Il faut du temps quand même pour ces questionnaires.

Une autre encore évoque en plaisantant un pari effectué avec un confrère : ayant échoué à effectuer vingt questionnaires répondant, elle a perdu son pari. Au-delà de la plaisanterie, cet

échec crée le sentiment d'un travail inachevé, empêché, que la praticienne avoue avoir mal vécu.

Ce qui est lourd c'est le stress d'y arriver ! C'est le stress de réussir à faire du travail bien fait, le stress de réussir à tous les faire, trente sur trois mois... le stress de se dire « Bon, là, est-ce que je remplis comme il faut », et puis de se dire « j'ai besoin de savoir mais là je vois bien que le salarié en a marre ». C'est ça qui est un peu lourd. Et puis ma secrétaire en face qui me disait « Là, je peux pas ! Je peux pas en mettre plus ».

B : C'était un stress, de ne pas réussir à faire les trente ?

Ah oui, j'ai perdu mon pari (elles rient). Je l'ai mal vécu. Non mais c'est pas ça, mais on aime bien le travail bien fait, et le fait de terminer quelque chose, d'avoir l'impression d'avoir fini, d'aller jusqu'au bout de la mission. Et de se demander si on a bien fait, si on a bien compris ou interprété ce qu'il nous disait, si on a rempli comme il fallait. Ça pose question, après c'est nous qui nous mettons la pression. Mais je suis pas très contente de moi, je suis restée approximative.

Si la « lourdeur » du questionnaire est bien souvent mise en cause, les acteurs tendent aussi à remettre en cause à la fois leur propre investissement et leurs conditions de travail, des conditions qui selon eux, ne leur ont pas permis de s'investir correctement dans le recueil de données. Ici le praticien dont on a vu qu'il n'avait pas pu non plus effectuer le nombre minimal d'entretien, loin de là, exprime sa frustration que ses conditions de travail ne lui aient pas permis de mener à bien l'enquête :

Homme, médecin du travail, entre 45 et 50 ans, entretien individuel :

Je suis partant, moi, mais c'est frustrant de faire quelque chose sans qu'il y ait de résultats, juste remplir des trucs et que ça serve à rien... c'est un peu frustrant.

Même en entretien collectif, certains avouent aussi avoir été « approximatifs », ne pas avoir été à l'aise sur certaines questions, notamment les risques chimiques dont on a vu qu'ils faisaient l'objet d'une partie jugée particulièrement difficile à remplir :

Infirmier, entre 30 et 35 ans, entretien collectif :

On nous avait dit, si l'employé ne sait pas et que nous on sait, notez « ne sait pas ». Il fallait retranscrire uniquement ce que dit le salarié. Donc, j'ai vu une aide à domicile, je lui ai demandé si elle utilisait des produits chimiques, elle m'a dit « non », j'ai coché non, ça m'a bien arrangé ! (Ils rient).

N. Dodier parle pour le cas de la première enquête SUMER d'un travail à effectuer de « consolidation des représentants »²⁴ des risques. Ce travail, qui fait l'objet de différentes stratégies, qui sont contraintes notamment par le temps que les médecins souhaitent y consacrer, permet de passer d'un risque potentiel ou théorique à des risques retenus comme pertinents dans le recueil de données – d'expositions qui méritent d'être signalés. Il ressort de nos entretiens que c'est précisément ce travail que les médecins, et parfois les infirmières, ont le sentiment de n'avoir pas pu faire correctement. Que faire quand émerge un risque potentiel, dans un contexte où les entreprises, les postes, les expositions, ne sont pas bien connus ? Les différentes sortes de bricolages stratégiques décrits par N. Dodier, nécessitant toute une

²⁴ Dodier N., op.cit. p. 26-27.

palette de moyens d'action qui ne sont plus disponibles faute de temps, font place à un bricolage souffrant d'un manque d'outils, qui leur a donné le sentiment culpabilisant d'une mauvaise gestion des incertitudes entourant les risques.

Tous les extraits d'entretiens cités ici, même s'ils témoignent d'une volonté fréquente de passer par l'humour pour ne pas affronter directement ce qui pourrait être perçu (par eux-mêmes au premier chef) comme une défaillance professionnelle, révèlent donc des sentiments pénibles liés à la participation à l'enquête SUMER. Cette participation aurait pu être une tâche valorisante professionnellement pour les médecins et leurs équipes mais, du fait de conditions de travail ne le permettant pas, elle s'est mué en une expérience culpabilisante, pointant les lacunes de leur exercice professionnel. Des entretiens ressortent aussi un isolement des médecins participants et un manque de communication entre eux, ce qui est problématique dans ce contexte. En effet, l'absence d'arènes de débats, formelles ou informelles, sur les manières de faire, a pu renforcer ce sentiment d'échec²⁵. Ainsi, au manque de temps et de moyens d'action s'ajoute l'absence d'un collectif de travail susceptible de permettre aux médecins ou aux infirmières de discuter leurs choix et leurs doutes. Dans le même sens, des MIRT témoignent de la force des collectifs de médecins dans les services où la participation a été forte : une participation conjointe s'avère à la fois plus motivante et moins coûteuse.

2) La « chance au tirage » : éviter les risques chimiques ?

L'enquête reposant sur un tirage au sort, l'idée d'avoir de la chance ou de ne pas en avoir, de bien ou de mal tomber, revient très souvent dans les entretiens.

En regardant les occurrences de ce champ lexical, on se rend compte qu'« avoir de la chance » correspond la plupart du temps à tomber sur des salariés, des entreprises, des postes qui sont exempts de risques chimiques, car ils rendent le processus de collecte plus complexe.

Voici quelques extraits d'entretiens qui concordent de manière frappante :

Femme, médecin du travail, entre 55 et 60 ans, entretien collectif :

Ma seule crainte c'était que je tombe sur une entreprise avec des risques chimiques, j'ai une entreprise qui en a plein, heureusement j'ai eu de la chance, j'y ai échappé !

Femme, médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien individuel

La crainte c'était l'exposition aux produits chimiques dans des entreprises très compliquées, et on a eu beaucoup de chance ! (Elle rit) il y a eu qu'un peu de risques chimiques... je suis vraiment pas à l'aise avec la chimie.

²⁵ Voir sur le sujet Clot Yves, « Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux », La Découverte, Paris, 2010. Dans cet ouvrage, l'auteur explique l'importance cruciale de pouvoir débattre de la qualité du travail.

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :
Quand on voyait des employés de bureau on était contents, on disait « ah, ouf ».

Femme, médecin du travail, entre 45 et 50 ans, entretien collectif :
Moi, je n'ai pas eu de chance ! J'ai des entreprises où j'ai un seul salarié à risque et je me disais « ah, c'est pas possible, c'est tombé sur LE salarié, celui qui fait le contrôle risque ionisant » !

Quand on creuse certains exemples, cependant, on se rend compte que la « chance » est aussi associée à d'autres éléments qui font partie des conditions de travail globales.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :
Moi j'en ai eu un ou deux (salariés exposés à des risques chimiques) mais j'ai eu cette chance que c'était des entreprises qui avaient été visitées il y a peu de temps, ou des entreprises que je connaissais, donc j'ai eu beaucoup de chance dans le tirage au sort. Beaucoup de chance. C'était des entreprises que je maîtrisais, ou le tableau des fiches de données de sécurité avait été fait récemment, donc j'ai vraiment eu de la chance. Sinon oui la partie risques chimiques... va trop loin parce que c'est vraiment très lourd, et moi il y a des choses que je n'arrivais pas à... comprendre.

Dans cet exemple, la « chance » de la praticienne revient à être tombée sur des entreprises qu'elle suit depuis longtemps, qu'elle connaît donc bien, et qui sont suivies d'assez près par l'équipe pluridisciplinaire. Un IPRP « toxicologue » était passé récemment faire le point sur les risques et analyser les fiches de données de sécurité.

Ainsi, c'est un exercice professionnel qui se fait dans de bonnes conditions : sur un effectif d'entreprises stables, avec un fonctionnement en équipe qui fonctionne bien.

Un autre exemple va dans le même sens :

Femmes, médecins du travail, entre 50 et 60 ans, entretien collectif :
*A : Donc ça a été assez simple pour moi parce que j'ai une antériorité importante qui fait que j'avais déjà l'analyse des fiches de données de sécurité qui était faite.
D : c'est pas très facile je trouve de remplir ça de manière exacte !
A : oui pour le nettoyage c'est compliqué de rester très strict... Après il y a des moyens d'avoir des infos, encore faut-il qu'en amont ce soit une action qui ait été faite, parce que si j'avais du attendre qu'on recense, je sais pas, 200 fiches de données de sécurité, et qu'on fasse l'analyse par produit utilisé... Oh ben c'est clair que les questionnaires, je les aurai renvoyé un an après, ça n'aurait pas été possible ! Là j'ai eu du bol, c'est de la chance. Enfin, le travail avait déjà été fourni parce qu'on a l'entreprise depuis longtemps. D (sa collègue) n'est pas là depuis assez longtemps.*

Cet exemple, issu d'un service d'une région différente, confirme le premier : davantage que de « chance », les médecins en question ont bénéficié de conditions de travail leur permettant de faire face à des expositions aux risques chimiques. L'antériorité sur un secteur permet une bonne connaissance des entreprises et le fait d'avoir le temps pour des actions en milieu de travail (effectuées soi-même ou par un IPRP) est également un élément déterminant. Ces éléments liés aux conditions de travail créent un contexte qui permet d'« avoir de la chance ».

A l'inverse, les médecins qui ont moins de « chance » sont ceux qui ont moins d'antériorité et une moins bonne connaissance des risques. Plutôt que de dire simplement qu'ils n'ont pas eu de chance, ces médecins insistent alors souvent sur la lourdeur du

questionnaire, les difficultés qu'ils ont eu avec la partie risques chimiques et leur propre « incompétence » sur cette partie. C'est alors une expérience désagréable de mise en défaut. D'après notre analyse, l'enquête leur fait ressentir ce qu'ils perçoivent comme étant des lacunes personnelles, alors que leurs conditions de travail expliquent en grande partie ce sentiment d'échec et d'incompétence. Ainsi, les deux craintes liées aux risques chimiques : la question des compétences et la questions des moyens et du temps disponibles, semblent largement liées. Il s'agit d'avoir le temps et les ressources nécessaires à fournir un travail de qualité, et non pas de compétences précises qui feraient simplement défaut aux médecins. Il n'en reste pas moins que le vécu de l'enquête par les enquêteurs en est profondément affecté, comme l'exprime par exemple ce praticien, amer :

Homme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

On était presque contents quand le tirage au sort tombait sur un salarié du tertiaire. C'est triste mais on en est arrivés là !

Les conditions de travail des médecins, même les plus désireux de mettre tout en œuvre pour enquêter au mieux, ne permettent pas toujours un recueil de données précis.

D'une part, leurs plannings leur permettent de moins en moins d'aller sur le terrain et de voir les salariés bien portants, la connaissance des entreprises et de leurs salariés est donc moindre. D'autre part, la manière dont la pluridisciplinarité est mise en place ne leur permet pas toujours de mobiliser ses différents acteurs quand bon leur semble : lourdeur des procédures, rareté des ressources, acteurs mobilisés par ailleurs... Dans ces cas là, les médecins estiment avoir de la chance quand ils évitent les postes les plus exposés, dans le sens où ils sont *soulagés* d'avoir échappé à un surplus de travail auxquels ils n'auraient pas pu faire face de manière satisfaisante. Les autres médecins qui estiment être chanceux sont ceux qui n'ont pas simplement évité les cas les plus complexes, mais dont le tirage les a confronté à des cas complexes auxquels ils pouvaient faire face en toute sérénité.

Ainsi, les discours entendus après les campagnes précédentes, de médecins qui recherchaient les « cas intéressants » et auraient même souhaité pouvoir tricher pour faire ressortir des expositions et non pas être confrontés à des cas trop simples de salariés peu exposés, ne sont pas tout à fait retournés. Les médecins souhaitent toujours bien faire leur travail de recueil de données et apprécient les situations dans lesquelles ils peuvent mettre en avant des risques. Cependant, ce qu'ils redoutent avant tout, c'est d'être confrontés à des cas complexes qui nécessiteraient un investissement en temps qu'ils ne peuvent pas apporter. La « chance » au

tirage, c'est donc aussi avant tout éviter d'être mis en défaut dans le cadre de cette activité – dont on a vu qu'elle était par ailleurs perçue comme gratifiante – de veille sanitaire.

3) Que va devenir SUMER ?

Les médecins, au vu de leur expérience de recueil de données, expriment spontanément des réserves quant à l'avenir de l'enquête. Tout d'abord, à ma question concernant leur implication potentielle dans une prochaine campagne, ils sont nombreux à répondre que si c'était à refaire, ils ne s'impliqueraient probablement pas. Les difficultés rencontrées lors de cette dernière campagne les amènent à imaginer d'autres modes de collecte de données, qui seraient davantage adaptés à la réalité de leurs nouvelles conditions de travail.

Cette praticienne s'inquiète notamment de la qualité des données, car elle n'a pas eu le sentiment de pouvoir faire un travail de qualité :

Femme, Médecin du travail, entre 50 et 55 ans, entretien binôme :

SUMER, se meurt... dans la charge de travail actuelle, le questionnaire actuel... pour avoir un panel représentatif il faudrait soit modifier le format de présentation, soit amoindrir l'étendue du questionnaire, par exemple se concentrer sur un secteur en particulier, soit le confier à d'autres personnes. Parce que c'est un échec à (son service interentreprises, moins de 5% de participants) ! Excusez moi mais on est quand même un grand service ! On ne nous a pas empêché, mais il n'y avait pas de politique pour nous forcer.

Mais si c'était réservé aux médecins, ce serait biaisé parce qu'il y a des salariés qu'on ne voit pas, qui ne voient que notre infirmière. Les médecins du travail partent en retraite et sont remplacés par des jeunes médecins qui ne connaissent pas les effectifs et SUMER ne fait pas partie des priorités.

Donc les médecins sont jeunes et les effectifs sont grossissants, il y a quinze ans, avec 2000 salariés, SUMER on l'intégrait sans problème, aujourd'hui on connaît beaucoup moins bien nos effectifs. Là, il faut revoir le format, ou qui fait quoi, mais j'ai peur qu'à terme les informations soient parcellaires et pas aussi bonnes.

Une praticienne rencontrée avec une de ses consœurs à la veille de son départ en retraite témoigne d'un sentiment d'avoir contribué, une dernière fois, à une enquête qu'il ne sera probablement plus possible de mener de la même manière. L'extrait d'entretien qui suit fait suite à une question posée en début d'entretien sur leurs motivations à s'impliquer dans l'enquête.

Femme, médecin du travail, plus de 60 ans, entretien collectif :

Et puis je ne sais pas si avec la réforme de la santé au travail, ben une autre enquête comme ça pourra se faire, parce que les médecins du travail ont une moins bonne connaissance des entreprises et des salariés, étant donné que le médecin ne verra pas forcément les salariés, il connaît beaucoup moins les entreprises, parce qu'on a beaucoup d'adhérents. Moi, franchement, il y a des entreprises qu'on m'attribue que je ne connais pas. Donc effectivement, pour faire un questionnaire pour un salarié qui travaille dans une entreprise que je ne connais pas, c'est un peu difficile hein ! Donc là je trouvais que c'était pas mal, c'était la limite, étant donné qu'on a encore un rythme de visites assez rapprochées, tous les deux ans, donc on avait une meilleure connaissance, des salariés, du vécu des salariés dans les entreprises, de l'évolution de certaines entreprises. Donc on arrivait à connaître un petit peu l'ambiance professionnelle, et puis les risques aussi bien sûr. Parce qu'on a été dans l'entreprise, on les connaît depuis des années. On connaît les postes, on connaît, par exemple la fin, « jugement du médecin sur la qualité du poste de travail », là on pouvait répondre parce qu'on connaît, on connaissait un peu mieux les entreprises. Là dans quelques années ce sera plus difficile d'y répondre. Vraiment, je pense que ce

sera un peu plus difficile pour les jeunes médecins de faire ce type d'enquête. Bon, après ce sera peut-être d'autres personnes qui les feront, comme les infirmières.

Selon cette praticienne, la période de la dernière enquête était donc charnière. Le fait de pouvoir mettre en avant ces données là, de la manière dont elle l'a fait, ne sera bientôt plus possible, ce qui est révélateur selon elle de la fin d'une époque, celle où les médecins du travail avaient les moyens de connaître suffisamment les entreprises qu'ils suivaient et les risques présents sur les lieux de travail.

En entretien collectif, après avoir évoqué la tension sur le temps médical et la difficulté pour les infirmières d'effectuer un recueil de données sur les risques chimiques, ces praticiens proposent de créer une enquête axée sur un recueil de données en action en milieu de travail.

Mdt 1 : Effectivement là ça s'est pas très bien passé mais l'idée reste hyper motivante ; donc si on nous repropose la même chose, on sera encore plus catégorique, on leur dira : « c'est utopique, c'est pas faisable, c'est déconnecté de nos réalités, c'est pas possible » ! Par contre, si on essaie de faire évoluer cette enquête en adéquation avec la santé travail d'aujourd'hui, il y a des choses à recréer je pense. Ce qu'on disait, coller ça avec des actions sur le lieu de travail, la pluridisciplinarité. On fait de la santé au travail, que ce soit que le médecin qui soit impliqué...

Mdt 2 : On pourrait faire un SUMER sur les AMT, aller dans des entreprises lambda pour aller voir les conditions de travail, c'est plus pertinent qu'un questionnaire posé...

Mdt 3 : Ah oui, cette partie là en interrogatoire avec le salarié, c'est infaisable, ça n'a aucun intérêt ! C'est plus intéressant de trouver des budgets pour aller faire des métrologies d'ambiance, faire des mesures d'expositions chimiques objective.

Mdt 2 : Comme en plus la réforme de la médecine du travail c'est vraiment aller regarder en entreprise plutôt que de regarder les dégâts sur la clinique après...

Pour ces derniers praticiens, pragmatiques davantage que nostalgiques, l'évolution de l'enquête doit suivre l'évolution de la médecine du travail, et donc être axé davantage sur une surveillance des risques en entreprise que des salariés.

Conclusion

Il ressort de notre enquête que les participants à SUMER ont éprouvé plus ou moins de difficultés à insérer leur implication dans leur quotidien professionnel. En nous appuyant sur leur expérience telle qu'ils et elles nous l'ont exposée, nous avons fait apparaître les sources, notamment organisationnelles, de ces difficultés qui viennent rendre le processus de recueil de données moins facile. Pour les médecins et leurs équipes, pouvoir aller au plus près des expositions professionnelles, c'est aussi avoir ou se donner les moyens de questionner le travail réel, ce qui n'est pas toujours le cas.

Un ensemble de facteurs influe à la fois sur la décision de participation ou de défection et sur les conditions de déroulement de l'enquête pour les médecins ou les équipes qui s'y engagent. Ces facteurs tiennent à la fois aux trajectoires professionnelles des acteurs impliqués et à leur rapport au travail, mais aussi à l'ensemble de ce qui constitue leurs conditions de travail au moment de l'enquête, soient à la fois des éléments qui tiennent à l'organisation du travail, au fonctionnement de leur service interentreprises, et des éléments qui tiennent aux types de publics suivis – entreprises et salariés. Ces éléments interagissent pour former des configurations plus ou moins favorables, dans un premier temps, à **l'engagement dans l'enquête**, dans un second temps, à un **recueil de données plus ou moins facilité par les conditions d'exercice**, et enfin dans un dernier temps, à une **satisfaction du travail de recueil de données effectué**, qui pourrait leur donner envie de se réinvestir dans l'enquête à l'avenir²⁶.

Au terme de notre enquête sur les conditions de recueil de données SUMER, nous partageons le sentiment de certains médecins rencontrés d'être à une période charnière pour la santé au travail. Certes, les infirmières et les IPRP peuvent encore être davantage mobilisés, aussi bien dans le recueil de données d'enquêtes comme SUMER que dans l'exercice des médecins en général, et c'est bien la direction que prennent les services. Cependant, la question des modalités de mobilisation de ces acteurs, et aussi, et surtout, de leur finalité, est loin d'être réglée. Les difficultés rencontrées lors de la collecte de données SUMER sont symptomatiques du fait que ces questions restent en suspens et ne sont pas assez débattues. Pourquoi les IPRP et les infirmières sont-ils dans les services ? Quelles sont leurs missions, individuelle et collective, ou que devraient-elles être ? Si ces acteurs sont amenés, comme l'ont fait entendre à plusieurs reprises les praticiens et les praticiennes interrogées, à largement remplacer les médecins dans les services, il semble important que ces questions

²⁶ Voir tableau en annexe 2.

soient débattues²⁷. L'expertise du médecin, qui reposait à la fois sur sa connaissance des pathologies et des cas médicaux et sur sa connaissance des entreprises, des conditions de travail, et des expositions aux risques, est mise à mal par ses nouvelles conditions de travail et notamment la disparition du suivi médical périodique²⁸ et l'éloignement de fait d'un accès à la parole des salariés sur leur propre travail. Cette parole serait alors recueillie par les infirmières, mais dans quelles conditions et dans quelle visée? De la même manière, les actions en milieu de travail sont difficiles à mener, et les médecins ne peuvent pas toujours aller autant qu'ils le souhaiteraient sur le terrain, dépassés par de nombreuses contraintes liées à une procédurisation de leur activité. Les IPRP viennent alors les épauler et effectuer des déplacements en entreprises, mais dans quelles conditions et dans quelle visée? D'après l'exemple du processus de recueil de données SUMER, il semble que les conditions de mise en œuvre d'une expertise similaire à celle du médecin, mais qui serait cette fois collective, ne soient pas réunies et qu'en découle alors une perte certaine en terme d'accès au vécu des salariés et des collectifs de travail, et donc en terme de moyens de prévention.

²⁷ En effet, des tournants politiquement importants peuvent ainsi prendre l'aspect de simples bouleversements techniques ou méthodologiques. Dans le contexte espagnol, une pluridisciplinarisation de la prévention a eu lieu dans les années 1990. A cette occasion, les questions techniques et les questions médicales sont dissociées et les médecins, mis en minorité au sein des services, n'arrivent plus à capitaliser les mêmes connaissances du monde du travail. Voir à ce sujet La Parra Daniel, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Omnès Catherine et Pitti Laure (dir.), Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXI^e siècle. La France au regard des pays voisins, Presses universitaires de Rennes, 2009.

²⁸ A noter que le « ressenti » semble plus critique que la réalité : le pourcentage de visite périodique reste, selon un interlocuteur institutionnel, de l'ordre du tiers de l'ensemble des visites, tandis que les discours des médecins tendent à faire apparaître une disparition totale de ces pratiques. Leur sentiment de perdre le contact avec le terrain et de ne plus avoir les moyens de connaître les entreprises explique probablement ces exagérations, les visites périodiques se raréfiant et se perdant dans une multitude de visites plus longues et souvent jugées « problématiques ». Ainsi si elles constituent le tiers des visites, elles représentent bien moins en terme de temps et en terme de charge mentale.

Bibliographie

Barlet Blandine, « De la médecine du travail à la santé au travail, les groupes professionnels à l'épreuve de la « pluridisciplinarité », Thèse de doctorat de sociologie soutenue le 17 juin 2015, Université Paris 10 Nanterre.

Barlet Blandine, « Quelle place pour les infirmières en santé au travail ? Les enjeux d'une recomposition des territoires professionnels », *Sociologie Santé*, n°35, 2012, pp. 155-178

Buzzi, S., Devinck, J.-C., Rosental, P.-A., *La santé au travail*, La Découverte, Paris, 2006.

Caroly Sandrine, Landry Aurélie, Poussin Nadine, *Impacts du modèle de santé au travail des médecins du travail sur la réalisation de l'enquête Sumer 2009 et effets sur leurs pratiques*, Rapport final post-enquête SUMER 2009.

Clot Yves, « Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux », La Découverte, Paris, 2010.

Conso Françoise, Frimat Paul, « Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail », Paris, Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, 2007.

Dodier Nicolas, *Jugements médicaux, entreprises et protocoles de codage : la contribution des médecins du travail à l'enquête SUMER sur les risques professionnels*, Document Travail-emploi, 1990.

Dujarier Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2006.

Gilles Marion, *Compter pour peser ? La quantification de la « santé au travail » en entreprises : entre institutionnalisation et ambiguïtés conceptuelles*, Thèse de doctorat de sociologie, EHESS, 2013.

La Parra Daniel, « Les transformations des métiers du risque en Espagne, 1995-2005 : de la médecine du travail à la prévention du risque », in Omnès Catherine et Pitti Laure (dir.), *Cultures du risque au travail et pratiques de prévention au XXe siècle. La France au regard des pays voisins*, Presses universitaires de Rennes, 2009.

Marichalar Pascal, « La médecine du travail sans les médecins? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », in *Politix*, vol. 23, n°91, 2010.

Annexe 1

Détail de l'enquête

Qualité	Entretiens individuels	Entretiens en équipe (mdt/inf, mdt/ass ou mdt/inf/ass)	Entretiens collectifs	Nombre de personnes touchées
Médecins du travail	11	5	20	36
Médecins collaborateurs	2		1	3
Infirmièr.e.s	1	3	7	11
Assistant.e.s	2	3	8	13
Direction	2			2
TOTAL	18	11	36	65

Annexe 2

Types de facteurs facilitant l'implication dans l'enquête SUMER



**2 - La participation
des médecins du travail
à l'enquête
SUMER 2016-2017**

Hélène Malarmey

Remerciements

Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'un stage conventionné de six mois, réalisé au sein de l'équipe SUMER à la DARES. Je tiens donc à remercier chaleureusement les membres de l'équipe qui m'ont rapidement intégré : Thomas Coutrot, Martine Léonard, Sigolène Morand, Véronique Tassy, et Nicolas Sandret. Ils ont largement participé à la réflexion autour de ce projet de recherche, à la fois par leurs conseils avisés et leurs relectures sérieuses.

Par ailleurs, je remercie Sarah Memmi et Elodie Rosankis qui m'ont encadré durant ce stage : merci à elles de m'avoir épaulé pendant le traitement statistique sur SAS et pour l'élaboration et la rédaction de cet écrit.

Enfin, cette étude n'aurait pu voir le jour sans le travail des collaborateurs médecins qui ont pris de leur temps pour rencontrer et retranscrire les entretiens des médecins du travail qui projetaient de participer, ont participé à l'édition 2016-2017 ou à des éditions antérieures. Je les remercie donc chaleureusement.

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
INTRODUCTION.....	4
PARTIE 1 : La perception positive de l'enquête ne contribue plus autant à l'engagement des médecins	9
1.1) Une vision positive de l'enquête quel que soit le profil de médecin.....	10
1.1.1) Valoriser l'activité des médecins en construisant des chiffres nationaux	10
1.1.2) Utiliser un cadre méthodologique solide pour sa pratique quotidienne.....	11
1.1.3) Améliorer la connaissance des postes de travail des salariés suivis	13
1.2) ...et un accompagnement adapté.....	15
1.2.1) L'équipe nationale SUMER : un support méthodologique	15
1.2.2) Les MIRT, point d'ancrage dans l'enquête ?	17
1.2.3) IPSOS : un appui logistique réactif et apprécié par les lauréats	19
1.3) ...qui ne contribuent plus autant à susciter l'engagement des médecins du travail	21
1.3.1) La veille sanitaire, une mission mal comprise et peu réalisée.....	21
1.3.2) Le contexte de réformes n'incite pas à la participation... ..	24
1.3.3) ...et ajoute au sentiment général de manque de temps pour réaliser l'enquête.....	26
PARTIE 2 : Les difficultés de participation à la collecte	32
2.1) L'intensification du travail des médecins	33
2.1.1) Une moins bonne connaissance des entreprises du fait de l'augmentation des effectifs ...	33
2.1.2) La diminution des visites périodiques : une priorité accordée aux visites dites « problématiques »	36
2.1.3) L'augmentation de la charge de travail des médecins.....	38
2.2) La complexification du travail des médecins.....	41
2.2.1) La difficile mise en place des réformes.....	41
2.2.2) La gestion des équipes pluridisciplinaires.....	43
2.2.3) Quelle place pour le médecin ? Le nouveau « manager » des équipes pluridisciplinaires..	46
2.3) La mobilisation des services de santé au travail : un discours favorable mais peu de moyens mis à disposition.....	48
2.3.1) Un discours positif sur l'enquête : Présence et les directions semblent très favorables à l'enquête	49
2.3.2) Une mise en œuvre ambiguë de SUMER et de la veille sanitaire par les directions des services	50
2.3.3) Une absence de dialogue réel sur la participation à la collecte entre médecins et direction	53

2.3.4) Une absence de moyens complémentaires pour aider à la participation.....	54
PARTIE 3 : Les conditions d'engagement des médecins.....	59
3.1) La coopération au sein du service de santé au travail	59
3.1.1) Le soutien d'une équipe stable, formée et impliquée.....	61
3.1.2) La participation active du trinôme (médecin, infirmier.e et secrétaires).....	64
3.1.3) La mobilisation des confrères au sein du service.....	68
3.2) La « volonté » d'aller au bout de l'enquête.....	71
3.2.1) Des conditions de travail facilitantes en termes de charge de travail, de soutien des services de santé et de coopération au sein des équipes.....	72
3.2.2) L'investissement dans la veille sanitaire comme gage de réussite malgré des mauvaises conditions de travail (le cas des lauréats « volontaristes »).....	77
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES	88
Annexe 1 : L'état de la mobilisation des médecins par édition.....	88
Annexe 2 : Récapitulatif des médecins vus en entretien par profil et région	88
Annexe 3 : Les choix de mode de tirage chez les médecins volontaires en 2016-2017.....	88
Annexe 4 : Analyse statistique issue d'une régression sur la base médecin 2016-2017	89

INTRODUCTION

L'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) est une enquête nationale réalisée tous les sept ans dans le but d'établir une cartographie des expositions professionnelles rencontrées par les salariés dans leur environnement de travail. Réalisé conjointement par la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la DGT (direction générale du travail) via l'IMT (inspection médicale du travail) depuis les années quatre-vingt-dix, ce dispositif atypique et innovant a été salué pour l'exhaustivité et la qualité des données collectées, nécessaires à l'orientation des recherches scientifiques sur les risques professionnels, la pertinence des stratégies de prévention mises en place et la crédibilité des arguments nourrissant le dialogue social.

La méthodologie du dispositif d'enquête repose sur la participation volontaire des médecins du travail qui sont exceptionnellement enquêteurs au cours des visites médicales. Leur rôle est essentiel pour la bonne réalisation de l'enquête d'une part parce qu'ils sont l'instance médicale privilégiée des entreprises et des salariés - ils sont donc aux premières loges pour constater les évolutions des risques professionnels - et d'autre part, parce que l'expertise médicale qu'ils apportent à la collecte de données en font un élément qualitatif indispensable au rouage de l'enquête. Alors que la participation des médecins du travail volontaires a toujours été satisfaisante, et a même atteint un pic en 2010, on constate une désaffection pour l'édition 2016-2017. Les médecins du travail ont en effet été moitié moins à se mobiliser, malgré une volonté de toucher autant d'agents et de salariés que l'édition précédente : ils sont passés de 2 400 effectifs pour 50 000 questionnaires à 1 244 pour 28 000 questionnaires lors de la dernière édition, et ce malgré un important effort en matière d'offre de formation par la DARES et l'Inspection médicale du travail (84 formations en région) (**annexe 1**). Ce recul n'est pas seulement dû à la chute du nombre de médecins du travail, mais aussi à une baisse de leur participation¹. L'effort moyen par médecin reste à un niveau convenable² mais une part plus importante de médecins a soit renoncé à se porter volontaire, soit abandonné en cours de collecte. Cette post-enquête s'intéresse aux causes du désengagement des médecins du travail pour la collecte 2016-2017.

¹ Il s'agit du postulat de l'équipe SUMER basé sur le ressenti des MIRT et les chiffres du Conseil de l'Ordre des médecins.

² En moyenne, 23 questionnaires remplis et 7 non-répondants (refus ou absence de la part de salariés convoqués) selon le bilan de la collecte 2016-2017.

Cette désaffection s'inscrit dans un contexte difficile de vieillissement de la profession, du fait d'une démographie médicale et de réformes qui déstabilisent le secteur. Depuis le début des années 2000, ces bouleversements contextuels et législatifs ont contribué à ouvrir les services de santé à de nouveaux professionnels de santé (IPRP et infirmier.e.s) et à réduire la périodicité des visites médicales. Ces bouleversements, qui remettent en cause le partage des tâches et la définition des rôles de chaque acteur de la santé au travail, font d'ailleurs l'objet de deux post-enquêtes qualitatives pour comprendre les réalités de la collecte SUMER sur le terrain. Pour répondre aux retours de la dernière édition et pour anticiper les effets des réformes de la médecine du travail, des modifications du protocole ont été effectuées. Dans un premier temps, le protocole de collecte a été ouvert aux équipes pluridisciplinaires (infirmier.e.s et IPRP) bien que le médecin reste le référent de l'enquête. Dans un second temps, deux nouveaux modes de tirage ont été proposés, d'une part, parce que l'organisation du travail au sein des services de santé évoluent en laissant de la place à l'agenda des infirmier.e.s, et d'autre part parce que l'accumulation des retards dans les visites de salariés fait que ces derniers ne sont plus vus dans les délais, sauf ceux les plus exposés.

La diminution de la participation des médecins à la collecte SUMER est à analyser en parallèle de la méthodologie de la collecte d'une part, et de la transformation des services de santé au travail d'autre part. Les premiers retours du terrain effectués via les médecins-inspecteurs du travail (MIRT) et le prestataire de collecte (IPSOS) ont en effet soulevé deux principales raisons au désengagement des médecins du travail. Dans un premier temps, la conjoncture professionnelle perturbée par l'augmentation de la charge de travail des médecins, leur devoir de mettre en place des réformes et la pluridisciplinarité des équipes semble avoir été un facteur de désengagement non négligeable. Dans un deuxième temps, la nouvelle méthodologie pensée par anticipation par l'équipe SUMER a pu inquiéter par sa complexité, notamment la nécessité de tirer au sort et de convoquer les salariés enquêtés spécifiquement pour l'enquête. Quelles sont véritablement les causes ayant conduit certains médecins à ne pas se réinscrire, à abandonner l'enquête, à s'inscrire pour la première fois ou encore à renouveler leur participation ? Alors que l'enquête est très largement utilisée et approuvée par les acteurs des services de santé, le constat de la désaffection des médecins amène à interroger l'avenir méthodologique du dispositif d'enquête, qui ne peut se perpétuer sans enquêteurs experts des situations de travail en entreprise. En outre, plus que de comprendre les facteurs déterminants de la diminution de la participation des médecins, cette enquête permet de s'interroger sur les difficultés que rencontrent les acteurs de prévention

pour réaliser leur mission de veille sanitaire au sein des services de santé au travail. Quelles sont les conditions de réalisation facilitant la collecte des données SUMER ? Qu'est-ce qui détermine le fait qu'un médecin aura plus de chance de participer à l'enquête qu'un autre ? Quelles variables sont déterminantes dans le choix opéré par le médecin ? Quelles sont les caractéristiques d'un service qui « fonctionne » et qui est capable de favoriser la participation des médecins du travail au dispositif SUMER ?

L'objectif de cette post-enquête est de confirmer ou non les hypothèses faites par l'équipe SUMER. Plus particulièrement, il s'agit de comprendre quels éléments favorisent ou non la participation des médecins du travail à la collecte 2016/2017. Pour ce faire, nous analyserons trois comportements : l'abandon, la non-participation, la réussite de l'objectif de collecte. Notre étude se déroule en trois temps : dans un premier temps, nous reviendrons sur la perception qu'ont les médecins volontaires de l'enquête SUMER et sur les supports de réalisation. Par la suite, nous nous intéressons aux difficultés de réalisation de la collecte. Ce deuxième point s'articule autour de deux échelles d'analyse : au niveau du quotidien des médecins du travail et la perception de leur charge de travail, et au niveau des services de santé et de leur implication dans la collecte. Dans une troisième et dernière partie, à l'inverse, nous interrogeons les conditions d'engagement des médecins à travers la coopération du trinôme médecin-secrétaire-infirmière et les conditions de collectes plus ou moins facilitantes. Pour conclure cette réflexion, une discussion remettra en perspective les possibilités d'évolution du dispositif d'enquête à la fois en termes de collecte des données et en termes de temporalité.

Méthodologie :

Notre enquête « participation », essentiellement qualitative, se base sur l'analyse d'entretiens réalisés par les collaborateurs médecins auprès de médecins du travail de trois régions : Pays de la Loire, Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté. Les enquêteurs ont bénéficié d'un accès facilité au terrain par la présence des médecins inspecteurs de ces trois régions dans l'équipe SUMER. Elles sont considérées comme représentatives de la totalité des régions participantes à l'enquête : elles cumulent à elles trois 18 formations de médecins volontaires, représentent 22% des médecins participants (232) et près d'un quart des questionnaires collectés (5 262)³. Avec la région PACA, la Bourgogne- Franche-Comté et les pays de la Loire font d'ailleurs partie des régions où le taux de participation est le plus élevé. Malgré l'élaboration d'une grille de lecture commune, les modes de questionnement ont été différents selon les régions, soulignant l'hétérogénéité du protocole d'enquête⁴.

³ Données IPSOS, bilan SUMER 2016, mars 2018.

⁴ Pour Pays de la Loire et Grand Est, les entretiens ont été réalisés par les collaborateurs médecins des services enquêtés, en face à face. Pour Bourgogne-Franche-Comté, ils ont été réalisés par les collaborateurs médecins

Les entretiens semi-directifs, enregistrés et retranscrits depuis février 2018 se basent sur l'identification de trois profils de médecins :

- les « ex-participants » ont participé à l'édition 2010 de SUMER mais n'ont pas participé en 2016-2017,
- les « abandonnistes » ont participé à la formation pour l'édition 2016-2017 et ont renvoyé entre zéro et cinq questionnaires,
- les « lauréats » ont terminé leur collecte et atteint l'objectif d'environ trente questionnaires répondants ETP (équivalent temps plein).

Au total, 64 entretiens ont été retranscrits puis analysés dont 34 en Pays de la Loire, 13 en Bourgogne-Franche-Comté et 17 dans le Grand Est, représentant 16 médecins ex-participants, 12 abandonnistes et 36 lauréats (**annexe 2**). Nos entretiens se focalisent sur les médecins du travail issus de services interentreprises et de services autonomes ; de ce fait, nous n'interrogerons pas la participation des médecins de prévention.

Parallèlement à ce matériau qualitatif, l'exploitation du « questionnaire médecin », fourni dans le kit de collecte des médecins volontaires, a permis d'étoffer l'analyse des profils de médecins ayant prévu de participer à l'édition 2016-2017 (lauréats et abandonnistes). Cette analyse permet de comparer les caractéristiques socio-professionnelles des médecins du travail inscrits pour les éditions 2010 et 2017, ainsi qu'une analyse plus approfondie sur ceux de l'édition 2017.

Pour ce faire, nous avons créé une variable isolant les médecins ayant rempli moins de cinq questionnaires répondants et le questionnaire médecin : cela correspond à une partie des abandonnistes (l'autre étant celle n'ayant rien renvoyé, qu'il nous est impossible de comptabiliser). Les lauréats correspondent aux médecins ayant renvoyé plus de vingt questionnaires répondants et le questionnaire médecins. Pour 2010, nous avons appliqués les critères de 2017 pour lauréats et abandonnistes et utilisé la base médecin redressée. Si les effectifs des lauréats des deux éditions sont suffisamment importants pour être représentatif, ce n'est pas le cas des abandonnistes (n=28 en 2017). Nous n'avons donc pas utilisé les résultats statistiques portant sur cette dernière catégorie de notre échantillon.

Modes de tirage⁵ :

Chaque médecin doit se positionner entre les contextes suivants pour déterminer le mode de tirage adapté à sa situation :

1-Pour les médecins du travail et de prévention ayant peu ou pas de retard dans le suivi périodique de leurs salariés (au moins 3/4 des salariés vus dans les délais) mais qui en délèguent une partie à un infirmier sous la forme d'entretiens infirmiers : l'agenda du médecin seul ne contient plus tous les examens périodiques ou examens d'embauche différés prévus avec les salariés qu'il suit. Un nouveau mode de tirage est proposé, parmi l'ensemble des salariés convocables au moment de l'enquête (convocables en examen médical périodique ou entretien infirmier) à réaliser à partir des fichiers du service (Tirage B). **Ce protocole entraîne** la convocation de salariés en examen périodique déclenchée par le tirage au sort de SUMER, sachant que tous les salariés sont convocables.

issus d'autres services, souvent par téléphone. Les médecins enquêtés ont été choisis par le MIRT parmi les listings 2009 et 2016 en fonction de l'appétence ou non pour faire de la veille sanitaire. Pour Grand Est, les médecins collaborateurs ont pu interviewer des médecins de leurs services comme d'autres services, tous choisis par le MIRT et en face à face avec enregistrement.

⁵ Voir le guide de collecte 2016-2017.

2-Pour les **médecins du travail et de prévention ayant beaucoup de retard dans le suivi périodique de leurs salariés (plus d'1/4 non vus ou hors-délais)** : l'observation des salariés convoqués en périodique ne permet plus de représenter tous les profils des salariés attribués au médecin. Un nouveau mode de tirage est proposé : pour maintenir le plus de hasard possible dans la sélection des salariés à inclure dans l'enquête, la sélection se fait dans ce cas parmi l'ensemble des salariés attribués au médecin, à partir des fichiers du service (Tirage C). **Ce protocole entraîne** la convocation de salariés en examen périodique déclenchée par le tirage au sort de SUMER, dont quelques-uns auront pu être vus récemment. Mais c'est le seul mode de tirage aléatoire représentatif dans ces situations où les examens périodiques ne concernent plus qu'une partie, ciblée, des salariés.

3-Pour les **médecins réalisant seuls suffisamment d'examens périodiques pour examiner encore tous types de salariés** : ils peuvent continuer à appliquer le protocole de SUMER 2010 (tirages dans l'agenda, A1 ou A2, a priori ou a posteriori) ou mettre en œuvre le tirage parmi les salariés convocables (Tirage B) à l'aide du logiciel de gestion des convocations. Leur choix doit s'orienter vers le plus simple à mettre en œuvre et le moins coûteux à insérer dans leur activité.

PARTIE 1 : La perception positive de l'enquête ne contribue plus autant à l'engagement des médecins

L'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) est une enquête nationale réalisée tous les sept ans dans le cadre des visites médicales du travail et dans le but d'établir une cartographie des expositions professionnelles rencontrées par les salariés dans leur environnement de travail. Réalisé conjointement par la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la DGT (direction générale du travail) via l'IMT (inspection médicale du travail) depuis les années quatre-vingt-dix, ce dispositif atypique et innovant a été salué par les différents acteurs de la prévention au travail. L'exhaustivité de cette cartographie des risques, comme la qualité des données collectées, contribuent en effet à l'amélioration de la santé des salariés et de la prévention par la connaissance des expositions professionnelles (risques organisationnels, physiques, chimiques et biologiques).

Ce dispositif scientifique est donc de première importance pour veiller directement ou indirectement au bien-être des salariés. La diminution de la participation des médecins du travail à cette mission de veille sanitaire est de ce fait un enjeu majeur pour assurer la continuité de la veille sanitaire en santé-travail. La post-enquête réalisée auprès des médecins enquêteurs renseigne sur la perception qu'ont ces derniers de l'enquête SUMER et des conditions de sa réalisation. Un résultat majeur est qu'ils ont en très grande majorité une vision positive de l'enquête, quel que soit le profil de médecins (ex-participants, abandonnistes ou lauréats) (1.1). Ce constat est à mettre en relation avec les supports de réalisation de la collecte, incarnés par l'équipe SUMER (la DARES et les MIRT) et le prestataire de collecte (IPSOS), majoritairement considérés comme satisfaisants (1.2). Si l'enquête est favorablement perçue depuis sa conception, elle semble ne plus trouver sa place dans le quotidien des médecins du travail, bouleversés par un contexte professionnel changeant (1.3).

1.1) Une vision positive de l'enquête quel que soit le profil de médecin...

1.1.1) Valoriser l'activité des médecins en construisant des chiffres nationaux

L'enquête SUMER est un dispositif national de veille sanitaire qui s'inscrit dans une volonté scientifique de cartographier les risques et expositions professionnelles. *« La connaissance des expositions aux risques pour la santé dues au travail est une nécessité pour les politiques de prévention aux niveaux local et national. Les statistiques de maladies professionnelles en France ne couvrent que le champ délimité par le processus complexe de reconnaissance-indemnisation. En 1982, le ministère du Travail a pu mobiliser des médecins du travail pour mettre en place un outil d'évaluation des expositions aux risques. En 1987, une enquête expérimentale a porté sur l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail en France. Cette expérience a permis de fonder la méthodologie qui a été utilisée en 1994, 2003 et 2010. L'enquête SUMER permet de situer les divers facteurs de risque par groupe professionnel, par secteur d'activité, ainsi que le nombre de salariés exposés. Ces données sont apparues d'une grande utilité pour les différents partenaires dans le domaine des politiques, de la recherche et des pratiques de prévention au travail⁶ ».*

La construction de données nationales à des fins multiples et louables est un élément particulièrement valorisant qui ressort des entretiens réalisés avec des médecins du travail :

*« L'idée de participer à un recensement on va dire national des risques professionnels et de **mettre en visibilité au niveau national les relations entre la santé et le travail** puisque au niveau local on a un peu de mal avec nos moyens un peu limité (...) ça m'a semblé que c'était une façon de mettre en visibilité les risques professionnels ».* Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Participer à la veille en santé travail semble raviver l'image de la profession, considérée comme un « segment dévalorisé » de la médecine (Barlet, 2017).

*« On n'a pas du tout le même regard. Et la personne, elle aussi d'ailleurs. Je pense qu'elle ne voit pas le médecin du travail de la même façon en participant à une enquête nationale qui est quand même une enquête reconnue et sérieuse. Donc **ça valorise aussi notre métier** ».* Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

L'enquête SUMER est un projet unique portant sur les expositions professionnelles. Les médecins peuvent y contribuer en rassemblant les données collectées lors des visites médicales. En agrégeant l'ensemble des données des médecins volontaires, il s'agit d'un projet collectif :

⁶ Guide de collecte 2016-2017, p.5.

« Ce que j'avais trouvé bien c'était d'être à peu près systématique sur le repérage des risques, ça générait des échanges avec les salariés que je n'aurais peut-être pas eu sinon et **l'intérêt de participer à quelque chose de collectif**, c'était quand même intéressant, c'était de grande ampleur donc on avait l'impression de contribuer à la veille sanitaire ». Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Ce projet d'ampleur nationale contribue ponctuellement à une cause qui transcende les services de santé. La possibilité d'agréger un ensemble de données, qui, prises séparément, ne peuvent s'utiliser qu'au niveau du service de santé au travail, intéresse les médecins :

« C'est dommage parce qu'avec des moyens j'aurais bien aimé en faire une encore. C'est des enquêtes intéressantes et **ça donne l'impression de faire remonter ce qu'on collecte au fil des années, de pas garder ça sur notre secteur**. Donc je trouvais ça intéressant. Déjà par le rapport annuel on ne remonte pas grand-chose alors que par SUMER on pouvait remonter des choses quand même ça permet des échanges aussi entre consœurs et confrères ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« C'est un travail très intéressant car d'une part c'est un travail collectif et **on avait vraiment l'impression de faire un travail qui allait apporter quelque chose au niveau national** parce qu'on avait vraiment le sentiment qu'on allait pouvoir collecter les informations d'actualité notamment avec le début des pénibilités RPS et on se disait on va pouvoir concrétiser des choses... C'était le côté collectif [...] c'était un travail enthousiasmant, intéressant et sympa en terme d'équipe ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Reconnu par le conseil national de la statistique (CNIS), ce dispositif est d'autant plus valorisant qu'il se déroule dans un cadre méthodologique solide. L'enquête est effectivement encadrée par le service de statistique du ministère du travail (DARES) et l'inspection médicale du travail (MIRT). Elle met en avant les compétences expertes mais souvent méconnues et peu estimées du médecin du travail en valorisant son rôle et sa mission première : assurer l'état de santé des travailleurs. Ceux-ci sont alors les seuls capables de faire émerger une réalité nationale sur les expositions et risques professionnels :

« Ça rend visible notre action. Je ne pense pas qu'il y ait grand monde qui puisse récolter ce type d'information, à part nous, et donc ça c'est important de prendre sa part.... » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

1.1.2) Utiliser un cadre méthodologique solide pour sa pratique quotidienne

SUMER s'inscrit dans les pratiques quotidiennes des médecins du travail. C'est une enquête sérieuse, reconnue entre autres dans le milieu médical, et dont les données sont régulièrement utilisées. Les médecins du travail ont d'ailleurs souvent recours aux données collectées durant leurs tâches quotidiennes. Celles-ci sont mises en évidence dans les

publications réalisées par l'équipe SUMER et sont une source d'informations précieuses pour les médecins dont les salariés sont concernés par des familles de risques spécifiques.

« Je m'en sers beaucoup pour l'exposition aux agents biologiques par exemple. Quand je remplis ma fiche d'entreprise maintenant pour mes études de poste, je prends la même chose. Et puis, par exemple, sur les caractéristiques du temps de travail j'essaie de me poser à peu près les mêmes questions que ça. Le truc le plus important, c'est que ça modifie un petit peu ma façon de rédiger mes fiches d'entreprise » Ex-participant, Grand Est, service interentreprise, femme.

Ces données deviennent des arguments pour les médecins qui les utilisent au cours de leur activité de conseil aux entreprises et de réorientation des politiques de santé de celles-ci :

« Après SUMER, dans une entreprise de réparation de palette, j'ai commencé à avoir des gens qui avait des tas de problèmes de dos, des TMS. J'ai pu utiliser les résultats des enquêtes SUMER pour montrer le pourcentage de gens malades dans l'entreprise, où il y avait beaucoup plus de pathologies par rapport au niveau régional et national. Dans mon activité, c'est très intéressant donc on peut dire que je l'utilise dans mon quotidien » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Les questionnaires, particulièrement précis sur les notions d'expositions professionnelles, sont une référence pour les médecins. Ils s'en inspirent pour réaliser leurs fiches d'entreprise.

Cela est vrai même pour les médecins qui n'ont pas participé à l'enquête :

« J'avais lu les 90 items. D'ailleurs c'est intéressant. Je l'ai gardé ce document : j'ai toujours le questionnaire de SUMER, il est ici et celui-là, je l'ai gardé de côté parce que il me sert pour la réglementation puisqu'il n'y a plus que 20 produits chimiques... Donc pour savoir si le salarié est exposé potentiellement... » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, homme.

Enfin, l'enquête SUMER est vue comme un outil pédagogique pour se former au moment de l'arrivée dans un service. Réaliser un entretien médical à l'aide du questionnaire permet d'approfondir les spécificités du poste de travail du salarié enquêté. C'est un moyen de s'approprier les spécificités et d'améliorer ses connaissances sur les entreprises et les populations de métier suivis :

« Puis après sur le plan purement individuel comme j'accueille des internes J'ai des infirmiers là et maintenant un médecin collaborateur je trouve que c'est un bon outil pédagogique », Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Cette utilisation est particulièrement favorisée par les médecins tuteurs des collaborateurs médecins. Ces derniers, en formation en vue d'obtenir la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins, sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions. Les inciter à participer à ce type d'enquête accroît leur connaissance des populations suivies au sein des services de santé au travail. C'est également un bon moyen de les familiariser avec leur mission de veille sanitaire. Dans ce cadre, plusieurs médecins ont délégués une partie des questionnaires à leur collaborateur médecin

(tableau 7), sur les conseils de l'équipe SUMER ; cela explique la croissance des médecins volontaires de moins de 40 ans lors de l'édition 2017 (tableau 3). Tous ont souligné combien le questionnement de Sumer leur permettait d'apprendre leur futur métier.

1.1.3) Améliorer la connaissance des postes de travail des salariés suivis

L'enquête SUMER est un dispositif de surveillance des expositions professionnelles. Elle est donc l'occasion d'apprendre ou d'approfondir certains éléments liés au poste de travail, à l'entreprise, ou au vécu des salariés.

« Ce qui était toujours intéressant quand on interroge des salariés sur les conditions de travail on apprend plein de choses d'abord sur leurs conditions et dans l'entreprise. Des choses qu'on n'a pas le temps d'aborder en consultation, ou qu'ils n'osent pas dire. Donc on apprend énormément de choses sur l'entreprise. On n'a pas du tout le même regard ». Abandonniste, pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Ce que j'ai trouvé intéressant quand j'avais deux salariés de la même entreprise, c'était de comparer leur point de vue ; c'est effectivement intéressant de pouvoir comparer les points de vue de 2 salariés de la même entreprise, parce que souvent ils n'ont pas du tout la même vision de l'entreprise » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Réalisé depuis 1994, ce dispositif permet d'une part de comparer les expositions sur différents secteurs, métiers ou entreprises, et d'autre part, de noter les évolutions sur plusieurs périodes. Les résultats de l'enquête sont un outil pour accompagner le quotidien des médecins. Alors qu'ils se plaignent de ne plus avoir le temps d'effectuer des visites en entreprises ou de passer du temps avec les salariés reçu en consultation, s'investir dans l'enquête SUMER est une manière de s'approprier les spécificités des secteurs d'activité suivis. Même si le fait d'être récemment arrivé sur un secteur n'incite pas à s'engager dans la collecte⁷, SUMER est pour certains un prétexte pour apprendre à connaître les métiers dont ils doivent assurer le suivi. C'est aussi la raison pour laquelle les collaborateurs médecins se sont engagés dans l'enquête. C'est également ce qui a motivé un médecin du travail interrogé dans le cadre de cette post-enquête : il a souhaité réaliser la collecte SUMER alors qu'il changeait de service. Il a donc effectué la collecte 2016-2017 dans son ancien service (interentreprise) et dans son nouveau service (autonome).

C'est également un moyen de découvrir de nouvelles expositions et de renouer avec la prévention. Les résultats de l'enquête sont largement utilisés par les scientifiques, chercheurs

⁷ Voir section 2.1.1.

mais surtout les médecins du travail, qui y voient un atout précieux pour mener à bien leur mission de conseiller et préventeur auprès des entreprises. La possibilité d'échanger plus longuement et de creuser les conditions de travail des salariés est un bon moyen d'évaluer les évolutions professionnelles en matière d'exposition mais aussi de prévenir la survenue de risques :

« Ça apporte des connaissances des postes, ça permet de créer un dialogue avec le salarié sur son travail, sur ses conditions de travail et des fois ça permet aussi d'aborder des sujets que des fois on n'aborde pas, par exemple... Bon maintenant plus, mais à l'époque on ne parlait encore pas trop des RPS et tout ça, et ça permettait d'aborder ça ». Ex-participant, Grand Est, service interentreprise femme.

Enfin, plus que l'approfondissement du poste de travail, qui est un facteur d'amélioration de la connaissance des entreprises suivis par les médecins du travail, c'est également l'échange humain qui est mis en avant dans les discours. Ils renouent de cette manière avec le côté social de leur activité en permettant un temps d'échange avec le salarié.

« Ça m'avait paru très intéressant de pratiquer l'interrogatoire avec des salariés qui étaient finalement des fois un peu enquiquinés, au début parce que c'était longuet, et puis finalement, il avait des questions qui accrochaient et au bout du compte sur les 45 minutes, ils n'étaient pas forcément mécontents parce qu'on avait vraiment creusé le problème du travail. On n'a pas le temps de faire ça tous le temps, mais ils étaient intéressés. Je me rappelle, la deuxième fois que je l'ai fait, il y avait des intérimaires qui étaient surpris : d'habitude, ils comptent pour du beurre ! Ils étaient contents qu'on prenne en compte qu'ils existent en tant que salarié, et que donc, leur expérience, on peut s'y intéresser ». Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Participer à SUMER est donc hautement valorisant pour les médecins du travail. Ceux-ci mettent à contribution leur expertise dans la recherche détaillée des conditions de travail des salariés. Si par le passé, les médecins du travail ont pu ressentir être plutôt des « collecteurs de données » au profit d'autres institutions qui analysaient ces données et diffusaient les résultats, actuellement, il existe un changement de paradigme. Les données recueillies par l'équipe pluridisciplinaire (médecins du travail, infirmier.e.s, assistant.e.s, collaborateurs médecins, internes...) après analyse épidémiologique doivent permettre par un retour vers ces acteurs de terrain d'orienter des choix prioritaires de prévention (projets de service, CPOM....) et de mieux informer et conseiller les entreprises. Les médecins qui n'ont pas pu participé le regrettent et soutiennent la continuité de l'enquête :

« J'ai voulu le faire, je voulais participer mais pour un problème de temps, de moyens d'investissement.... plus possible.... par contre c'est utile je dis que SUMER c'est utile, c'est très intéressant, il faut continuer à le faire... » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, homme.

1.2) ...et un accompagnement adapté...

1.2.1) L'équipe nationale SUMER : un support méthodologique

Réalisé conjointement par la DARES (direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) et la DGT (direction générale du travail) via l'IMT (inspection médicale du travail), la méthodologie de l'enquête SUMER s'est étoffée depuis sa première édition en 1987. Si les évolutions du dispositif doivent être approuvées par un comité scientifique, sa construction méthodologique s'appuie en premier lieu sur le travail de quelques individus : l'équipe SUMER (en collaboration avec l'INSEE). Celle-ci est composée d'une équipe médicale, avec la présence de trois MIRT (Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail) et d'un ex MIRT expert de l'enquête SUMER, et d'une équipe statistique, avec trois chargés d'étude de la DARES. L'hétérogénéité des membres de l'équipe SUMER permet, d'une part, d'apporter une rigueur scientifique (statistique et médicale) à la construction des résultats de l'enquête, et d'autre part, une meilleure réalisation des protocoles de collecte et des questionnaires par une connaissance approfondie du quotidien des médecins du travail et des risques professionnels.

L'équipe SUMER s'occupe d'animer les réflexions méthodologiques autour du dispositif et des différentes phases de l'enquête (collecte, traitement statistique, restitution des résultats, formations des enquêteurs...) en arbitrant entre les réalités des services de santé au travail et les besoins statistiques de l'enquête. En particulier, elle s'occupe de réaliser les questionnaires, les supports méthodologiques et les formations dispensées aux médecins volontaires avant chaque début de collecte. C'est une responsabilité qui nécessite un équilibre entre confort de collecte et précision des réponses à apporter. Des questionnaires trop lourds ou une formation trop technique pourraient décourager les médecins. A contrario, des questions pas assez précises et une méthodologie peu rigoureuse mettraient en péril l'apport scientifique et la solidité statistique de l'enquête.

Les entretiens réalisés auprès des médecins volontaires nous apprennent que les supports de collecte sont majoritairement appréciés, quel que soit le profil. Les questionnaires sont jugés complets et exhaustifs ; ils servent même à certains médecins comme complément

d'information ou support pédagogique⁸. Le guide de collecte est un outil indispensable. Il est parfois jugé trop technique et décourageant de par son épaisseur (pourtant moins de 100 pages). Néanmoins, il reste l'un des premiers moyens utilisés pour répondre à une interrogation au cours du remplissage d'un questionnaire :

« On a eu besoin d'y retourner parce qu'on s'est posé des questions, notamment sur le port de charges, sur des définitions... donc il est très utile ! ». Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Enfin, les formations sont particulièrement appréciées des médecins volontaires. Elles sont jugées indispensables par les médecins qui n'ont jamais réalisé SUMER. Certains souhaiteraient une formation plus dense ou une à destination des secrétaires :

« Je pense que pour quelqu'un qui débute, il aurait fallu au moins deux réunions. Une première puis une deuxième pour voir si les acquis étaient bons. Et au moins une réunion intermédiaire pour faire le point avec les enquêteurs parce que là, lâchés dans la nature et on nous laissait un peu se dépatouiller tout seul. Cela nécessiterait vraiment une réunion intermédiaire pour faire le point. Car pour ceux qui découvraient, ça ne devait pas être évident » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Je pense que c'était un niveau un peu expert. Tant mieux, parce que ça s'adressait quand même au départ aux médecins du travail. Mais c'est vrai que pour les assistantes, qui étaient venues parce que le médecin s'est dit après tout on va le faire ensemble, autant être là toutes les deux pour entendre la même chose comme ça, elles vont être plus opérationnelles pour m'aider... Les assistantes qui se sont déplacées à la formation étaient stressées par contre. Elles se disaient : Houla la ! Dans quoi on met les pieds ? Il y avait le choix entre trois méthodes, là, elles ont complètement décroché [...] Elles avaient peur de ne pas y arriver toutes seules » Lauréat, Bourgogne,-Franche-Comté, service interentreprise, femme.

Cette demande reste minoritaire parmi les médecins lauréats. Anticipant la diminution du nombre de médecins volontaires, l'équipe SUMER a réalisé un effort de formation particulier lors de la dernière édition. Ses membres ont animé des formations d'avril 2016 à avril 2017. Au total, on comptabilise 85 formations à destination de 1 528 médecins volontaires. En moyenne, il y a eu 18 médecins par formation dont un maximum atteint à Nantes (41)⁹. Ces formations sont un moyen de motiver les médecins volontaires et d'échanger avec eux sur leurs conditions de collecte. C'est un moment propice à l'échange, qui peut converger vers des réorientations méthodologiques. L'équipe SUMER y voit une occasion pédagogique pour faciliter l'immersion des médecins dans la collecte en réduisant ainsi le risque d'abandon.

L'équipe Sumer est également en charge de la restitution des résultats de la collecte effectuée. L'information sur ces résultats et la formation des médecins du travail sont un

⁸ Voir section 1.2.2.

⁹ Données IPSOS, bilan SUMER 2016, mars 2018.

déterminant de leur mobilisation dans les services de santé au travail¹⁰. La formation et les outils fournis sont pertinents à la compréhension du protocole de collecte pour près des trois quarts des médecins interrogés (37 sur les 48 abandonnistes et lauréats). En revanche, les médecins du travail sont particulièrement sensibles aux restitutions organisées en aval de la collecte et estiment qu'il devrait y en avoir plus. Convaincus que l'enquête est une source d'information précieuse, quelques médecins, tous profils confondus, expriment leur mécontentement face à l'attente des résultats de l'enquête (en moyenne deux ans), bien qu'ils aient conscience du délai nécessaire au traitement statistique des données.

1.2.2) Les MIRT, point d'ancrage dans l'enquête ?

La campagne de collecte est un moment charnière de l'enquête. Elle permet de sensibiliser les médecins du travail à la nécessité du dispositif de veille et ainsi d'assurer leur recrutement. Si le terme de « campagne » peut intriguer, il reste néanmoins révélateur de la dimension politique et de l'opération de communication qu'elle représente. En particulier, le rôle que jouent les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) est primordial dans la promotion de l'enquête. Ces derniers sont initialement chargés de veiller à la bonne marche des services de santé au travail, à l'élaboration des plans régionaux de santé, et de répondre à la mission de veille sanitaire en soutenant les dispositifs de collecte de données en santé-travail. Pour ce faire, les MIRT travaillent avec les groupes de réflexion des grandes enquêtes nationales et les promeuvent lors des périodes de collecte en sollicitant et accompagnant les médecins du travail.

Les médecins inspecteurs sont très présents dès le début de la campagne de collecte : ils assurent la promotion du dispositif au sein des services de santé au travail. Les informations sur l'enquête, et notamment le début de l'enquête, transitent par eux : les trois quarts des enquêtés (soit 50 médecins sur 64) ont été informés de la nouvelle édition de l'enquête Sumer par les MIRT, tout profil confondu. Ce premier contact prend majoritairement la forme d'un mail envoyé directement par les MIRT. Plusieurs sont avertis du début de l'enquête par le bulletin d'information des DIRECCTE¹¹. Par la suite, une réunion est parfois organisée au

¹⁰ BREF Ile-de-France THEMATIQUE, les conditions de réalisation d'une enquête de type SUMER en Ile-de-France, n°42, 2014.

¹¹ Directions régionales des entreprises, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

sein des services pour présenter l'enquête, le but étant à la fois d'informer et de recruter des médecins volontaires :

« De mémoire effectivement, il y a eu cette réunion qui avait été organisée avec les médecins inspecteurs de la DIRECCTE au mois de mars 2017 et antérieurement, je pense qu'on avait dû avoir une alerte mail, on avait été informé par mail il me semble » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Les MIRT ont donc un rôle moteur, qui nécessite du travail de communication (information sur l'enquête, relance par mail) et du temps (intervention dans les services, contact téléphonique ou par mail, formations, conseils prodigués et réponse aux sollicitations des médecins) :

« Ah je crois que c'est madame L. qui me l'avait dit un moment à une réunion et puis elle m'a relancé par mail pour me dire qu'elle cherchait des médecins et je lui ai répondu que oui, j'étais intéressé. » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, homme.

Un médecin interviewé raconte qu'il a bénéficié d'une formation personnalisée n'ayant pas pu participer à celle organisée dans son service. Cette tâche suppose aussi un travail d'argumentation. Lors de cette édition, la possibilité de déléguer des questionnaires aux membres de leur équipe a été un argument souvent utilisé pour convaincre les médecins de participer. Le charisme et la persuasion sont des outils efficaces alors que les MIRT n'ont pas de pouvoir hiérarchique sur les médecins du travail, ni la possibilité de les obliger à participer.

« Il y a des gens qui irradiant tellement... qui sont tellement enthousiaste, tellement locomotive, qu'on les suit sans même réfléchir. Donc, à la limite, elle n'aurait pas compris que certains ne participent pas... On se sentait presque obligé pour lui faire plaisir de participer quoi et X était beaucoup plus dans la retenue le respect des gens. Moi, je pense que dans ce genre d'enquête, il faut vraiment des locomotives qui y croient tellement que de toute façon, on ne peut pas refuser » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Cette « opération séduction » est d'autant plus optimale que les MIRT sont investis dans le groupe de travail de l'enquête : les formations semblent être plus nombreuses dans les régions des MIRT engagées dans l'enquête. L'influence de ces derniers est donc un canal de mobilisation fondamental de par leur proximité avec les médecins du travail et leur connaissance des attentes des professionnels de santé.

De plus, les médecins inspecteurs jouent un rôle important dans la gestion de la collecte en région avec le prestataire de collecte IPSOS (ou par la CCMSA auprès des salariés relevant de la MSA, et par les médecins coordonnateurs pour les agents de la fonction publique d'Etat). L'implication des MIRT dans la gestion de la collecte, ainsi que leur proximité avec les médecins du travail leur assurent la place d'interlocuteurs privilégiés. Ils sont, avec le

prestataire de collecte, les personnes que les médecins enquêteurs contactent en cas de besoin :

« Monsieur M., c'était lui qui servait d'interface. Donc quand on avait des questions à poser, j'envoyais à monsieur M. qui, ou les transmettait, ou répondait. Et j'ai obtenu les réponses souhaitées » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« J'ai contacté le MIRT oui. Pour justement lui faire part de mes difficultés que j'ai évoquées avec toi à savoir que j'avais beaucoup de non répondants et que je n'allais pas avoir beaucoup de dossiers... je lui en ai fait état. Et on m'a dit bah fais ce que tu peux... » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Cela s'explique d'une part par l'implication dont ils font preuve durant la collecte et d'autre part, parce qu'ils occupaient précédemment le rôle de gestionnaire de la collecte (mission actuellement dévolue à IPSOS).

D'après les entretiens réalisés, l'action des MIRT est décrite de manière très positive. S'il souligne le rôle moteur des MIRT dans la promotion de la collecte de données en santé-travail, ce résultat doit cependant être nuancé. Il est tiré des discours de médecins des trois régions étudiées uniquement et dont les MIRT sont dans l'équipe SUMER. On ne peut vérifier ce discours dans les autres régions. Or, le regroupement des régions, opéré peu avant la campagne SUMER, a pu perturber le travail des MIRT.

1.2.3) IPSOS : un appui logistique réactif et apprécié par les lauréats

Pour réaliser une enquête nationale de cette ampleur, la gestion des tâches logistiques est primordiale. Des erreurs au niveau de la distribution des questionnaires ou une saisie informatique qui ne fonctionne pas risqueraient de démotiver les médecins volontaires. La gestion logistique a longtemps été confiée à l'équipe SUMER, et notamment aux MIRT, en charge de répondre aux questions des médecins volontaires et de les relancer pour envoyer les questionnaires répondants ou corriger des incohérences. Leur emploi du temps conséquent et la charge de travail que cela représente a conduit à solliciter un prestataire de collecte pour l'édition de 2010. IPSOS est une entreprise de sondage française, spécialisée dans la gestion des enquêtes. Pour l'édition 2016-2017, c'est un relai logistique très apprécié mais récent. En 2010, IPSOS avait des responsabilités très restreintes qui se sont accrues en 2016 car les MIRT ont choisi de leur déléguer des tâches supplémentaires. Ce prestataire de collecte s'occupe de plusieurs missions essentielles pour que la collecte soit mise en place. Dans un

premier temps, il assure l'impression, la confection et la remise des questionnaires et des kits de collecte auprès des 1 528 médecins volontaires : si la majorité d'entre eux ont pu les recevoir en mains propres, certains kits ont été envoyés par la poste lorsqu'il n'y en avait pas suffisamment. De plus, ils gèrent également la saisie informatique des informations collectées. Cela suppose la mise en place d'un site personnalisé permettant d'accéder au questionnaire en ligne en fonction du médecin qui se connecte. Enfin, ils assurent la réception des questionnaires complétés, la vérification des réponses (et le contrôle des réponses auprès des médecins le cas échéant) et leur saisie.

Cette tâche logistique et de soutien technique à la collecte a été très appréciée par l'ensemble des médecins. Les gestionnaires de collecte étaient habilités à répondre aux questions des médecins volontaires et étaient en contact avec certains. La quasi-totalité des abandonnistes interviewés disent ne pas avoir eu de contact avec IPSOS. Ce résultat surprend car les prestataires de collecte avaient pour mission d'échanger avec les médecins se déclarant abandonniste pour comprendre les raisons de leur désistement. Chez les lauréats, 15 sur les 36 interviewés ont contacté IPSOS pour des questions soit informatiques (mot de passe qui ne fonctionne pas), soit méthodologiques (sur le tirage notamment), ou encore pour des précisions sur le questionnaire. Dans la totalité des cas, les médecins ont bénéficié d'une réponse rapide et efficace de leur part ; ils ont été satisfaits à l'unanimité :

« J'ai eu recours à IPSOS au début uniquement... Ca a été très efficace et je n'ai pas eu besoin de rappeler » Lauréat, Bourgogne-Franche-Comté, service autonome, femme.

Certains ont d'ailleurs noté une marge de progression dans les prestations effectuées par IPSOS par rapport à l'édition précédente. C'est le cas des médecins qui ont été contactés par le prestataire soit pour leur demander de leur envoyer les questionnaires, soit pour effectuer des corrections dans les questionnaires.

« Ils m'ont relancé, ils m'ont relancé plusieurs fois pour dire que je devais envoyer mes dossiers... Bon, ils ont eu raison et après ils m'ont relancé parce que il y avait des manquants dans les dossiers que j'avais renvoyé, il y avait des cases que je n'avais pas cochées ou qui étaient mal remplies... » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, homme.

Le travail d'IPSOS semble avoir satisfait les médecins qui ont eu besoin de réponses au cours de la collecte. Néanmoins, il semble avoir été peu présent auprès des abandonnistes. Si le soutien d'IPSOS semble essentiel dans la réalisation de la collecte, l'informatisation de la collecte permettrait de diminuer le travail administratif des médecins (envoi des questionnaires...), d'accélérer le travail de saisie du prestataire et ainsi assurer un retour rapide aux médecins enquêteurs. Les questionnaires en ligne ont pourtant été peu utilisés par

les médecins volontaires (seulement 15% selon les données IPSOS). Cela s'explique en partie par les habitudes des médecins, parfois réfractaires à utiliser du matériel informatique, ou par les contraintes techniques que cela implique (avoir internet, un ordinateur disponible et qui fonctionne...).

1.3) ...qui ne contribuent plus autant à susciter l'engagement des médecins du travail

1.3.1) La veille sanitaire, une mission mal comprise et peu réalisée

La veille en santé travail est une mission ancienne dédiée aux médecins du travail et qui est réaffirmée par les récents textes de loi. On retrouve cette mission dans le décret n° 86-569 du 14 mars 1986 : « *Le médecin du travail participe, notamment en liaison avec le médecin inspecteur du travail, à toutes recherches, études et enquêtes en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre de ses missions* ». Le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 reprend les mêmes termes que la circulaire du 7 avril, dans laquelle la veille sanitaire est définie comme une activité connexe à l'exercice du médecin du travail et aux situations de travail. Plus récemment, cette mission a été reformulée dans le décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 – Article R4623-1 : le médecin du travail « *contribue à la veille épidémiologique et à la traçabilité* ». Cette mission est assurée depuis 2012 par l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail. Elle incombe aux SST¹² (services de santé au travail) : « *Les SST ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin [ils] participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ». Concrètement, il s'agit de rassembler des données collectives en santé travail (exposition, santé des salariés) sur une entreprise, un secteur d'activité ou un métier, et de les faire connaître. Les grandes enquêtes contribuent à cette mission.

La veille sanitaire est une activité primordiale pour mieux définir les besoins et priorités des actions de prévention en santé-travail. Elle permet également de valoriser la profession de médecin du travail et d'approfondir les connaissances des postes de travail et donc l'efficacité de l'expertise des médecins. Les entretiens menés auprès de ces derniers nous apprennent cependant que la veille sanitaire n'est pas une notion comprise par tous : elle est de fait peu

¹² Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 – Article L 4622-2.

réalisée, faute d'appréhender complètement le concept. Ce constat est fait quel que soit le profil de médecin.

« Alors pour moi ça n'a pas de sens... Moi je n'ai qu'une veille au niveau des risques professionnels, j'estime que la veille sanitaire ...je sais pas ce que ça veut dire, je ne peux pas te répondre parce que pour moi ça n'a pas de sens dans ma feuille de travail la veille sanitaire... [...] ça ne veut rien dire pour moi la veille sanitaire... ». Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, homme.

« Heuu... Personnellement, je ne sais pas faire. Concernant la veille sanitaire, j'essaie de remplir STETHO mais je ne sais pas du tout euh très bien ce que c'est que la veille sanitaire. Il me semble que l'on a parlé en CMT qu'il y aurait peut-être quelqu'un qui nous aiderait à ce niveau-là, un statisticien mais personnellement je ne sais pas trop quoi pratiquer ». Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Il y a un CPOM avec la CARSAT là...Mais bon, c'est un peu vague tout ça ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

La majorité des médecins interrogés a d'ailleurs marqué une hésitation avant de répondre à la question suivante : « comment remplissez-vous votre mission de veille sanitaire ? ». Certains ne comprennent pas le terme de veille sanitaire :

« Oh euh c'est quoi la veille sanitaire en santé au travail ? Je participe au projet de service sur les addictions, euh. ... je ne fais pas de veille sanitaire ». Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Quand elle est assurée, la mission de veille sanitaire est en majorité remplie par la participation à des enquêtes (tableau 1). Les médecins du travail s'impliquent dans la collecte de données en santé-travail à travers des dispositifs plus ou moins reconnus. Certaines enquêtes sont des dispositifs nationaux réalisés depuis plusieurs années et encadrés par des institutions officielles (Evrest, SUMER, MCP). D'autres sont réalisées à l'échelle locale et de manière plus ponctuelles sur des questions précises. Participer à des enquêtes semble être le principal moyen de remplir la mission de veille sanitaire :

« Alors, le service nous laisse participer aux enquêtes qu'elles soient diligentées par la Direccte... ou l'enquête TMS, nous pouvons participer sans difficulté à ces enquêtes. En tant que médecin du travail, je participe à SUMER depuis 2003, à Evrest depuis 2009 et aux MCP ». Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Participer à des enquêtes en santé travail est un moyen parmi d'autres. La veille sanitaire est réalisée de manière hétérogène par les médecins : certains parlent de lecture d'articles, d'autres de vigilance ou d'un suivi renforcé pour certains postes de travail.

La veille sanitaire n'est parfois pas considérée comme une mission à part entière de la profession. Elle est souvent reléguée à une activité non prioritaire par certains médecins qui la voient comme « en plus » du travail quotidien des services de santé au travail. Certains

médecins annoncent d'ailleurs, sans être alarmés, ne pas remplir cette mission. La principale raison évoquée est très majoritairement le manque de temps :

« Je pense que la réforme n'est pas de nature à faciliter la participation à des enquêtes [...] et plus ça va moins j'ai le temps pour le faire. Tout ce qui n'est pas vital, immédiat, nécessaire dans l'immédiat ben on ne le fait pas. » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

« J'ai participé à EVREST, RNV3P, j'ai arrêté d'y participer depuis deux ans compte tenu de ma charge de travail et que je n'ai aucun moyen pour saisir les fiches... ma secrétaire n'a pas le temps de les faire compte tenu des multiples charges administratives qui lui sont attribuées ». Ex-participant, pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Parmi les 28 médecins sur les 64 interrogés qui déclarent ne pas remplir leur mission de faire de la veille sanitaire, 14 sont des lauréats. Ce résultat est pour le moins déconcertant quand on sait que participer à des enquêtes comme SUMER est un moyen de réaliser cette mission. S'ils considèrent que participer à la collecte SUMER n'est pas un moyen de faire de la veille sanitaire, ce constat suppose un manque d'information sur les modalités de réalisation de cette mission. L'absence de politiques de services en matière de veille sanitaire dans certains services peut également contribuer à invisibiliser les moyens d'action à mettre en place pour y répondre :

« Voilà une question... qu'elle est bonne ! (Rires) Mais là vous me posez une colle parce que là, je ne fais pas partie des hautes sphères pour pouvoir... Non, non ici, y pas de politique de veille sanitaire dans le service. C'est une démarche individuelle par des lectures professionnelles, mais ça ne rentre pas dans le cadre d'un projet de service ». Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Ainsi, il apparaît que le contexte professionnel actuel ne permet pas aux médecins du travail de participer aisément à cette mission, qui apporte pourtant du sens à leur métier.

« Urgences ou enquête SUMER ? Très vite fait, c'est la visite urgente qui l'emporte ». Abandonniste, Grand Est, service autonome, homme.

Tableau 1 : La mission de veille sanitaire remplie par les médecins en 2017

Participation à la veille sanitaire (en effectif)	Ex-participant	Abandonniste	Lauréat	TOTAL
Enquêtes	6	6	21	33
<i>Evrest</i>	7	4	18	29
<i>MCP</i>	2	6	11	19
<i>SUMER</i>	0	0	21	21
<i>Autres</i>	4	2	14	20
Lectures	3	0	1	4
Veille (législative, scientifique...)	2	1	0	3
vigilance lors des visites (signalement, traçabilité...)	1	3	7	11

Ceux qui se déclarent faire de la veille	10	8	22	40
---	-----------	----------	-----------	-----------

Source : Données tirées des 64 entretiens réalisés auprès des médecins « ex-participants » (16), « abandonnistes » (12) et « lauréats » (36).

1.3.2) Le contexte de réformes n'incite pas à la participation...

La médecine du travail et plus globalement les services de santé au travail se transforment depuis les années quatre-vingt. Cette dynamique institutionnelle cherche à intégrer des compétences techniques et médicales diverses au sein des services. L'installation d'équipes pluridisciplinaires est en construction et touche surtout les services de santé interentreprises¹³. La périodicité et les procédures des visites médicales sont également revues. De manière générale, les réformes de ce secteur sont mal accueillies par la profession vieillissante : trop lourdes et radicales, elles sont souvent comparées à des « usines à gaz ». A travers leurs confidences, les médecins interviewés expriment leur épuisement face à ces réformes successives qui bouleversent leurs conditions de travail. Ce sentiment est visible chez les différents profils de médecins : si les ex-participants et les abandonnistes se sentent dépassés, les lauréats se montrent également critiques sur les modifications apportées par les nouvelles réglementations :

*« Moi la réforme j'en ai jusque-là ! Je ne vois pas ce que ça nous apporte. On fait de moins en moins de visites périodiques, il faudrait en faire exprès pour [SUMER], mais en fait si les infirmières ne font pas SUMER, on risque d'avoir des difficultés. Je ne veux pas dire que j'adore faire des examens périodiques mais ça te donne une bouffée d'oxygène. [...] Et puis l'infirmière qui croule sous les VIP, j'espère qu'elle pourra faire SUMER et la quinzaine MCP lors des prochaines campagnes. L'année dernière, la direction n'a pas voulu... **La réforme je ne l'ai pas digérée alors je n'en dirai que du mal** ». Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.*

« La réforme, elle ne facilite rien du tout, elle est là parce que c'était nécessaire, parce que ça officialise nos problématiques de fonctionnement actuel, et l'évolution du rôle et du métier de médecin du travail mais ça ne nous libère absolument pas plus de temps que ça pour participer à des enquêtes, euh ...enfin moi je ne trouve pas en tout cas parce que finalement on a tout autant des choses à faire » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Globalement, il subsiste un sentiment d'agacement général. Les enquêtés sont majoritairement convaincus que les réformes ne sont pas bénéfiques pour faciliter la participation à l'enquête SUMER alors que les services de santé doivent déjà faire face à la réduction des effectifs médicaux. En effet, pour plus de la moitié d'entre eux, la dernière

¹³ Les services autonomes, moins touchés par les réformes, ne sont pas contraints de mettre en place des équipes pluridisciplinaires (Articles D4626-2 à D4626-5-1 du code du travail).

réforme¹⁴ augmente la charge de travail des médecins plus qu'elle ne l'allège. Si les médecins peuvent déléguer certaines visites périodiques et d'embauche aux infirmier.e.s, ils doivent former le personnel à la réalisation de ces nouvelles tâches, réaliser des protocoles et coordonner la répartition du travail au sein de l'équipe. Cette tâche revient en effet au médecin, animateur et coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire :

« L'idée de déléguer aux autres [infirmier.e.s] le reste [les visites périodiques et d'embauches] et ben j'imagine que ce sera plus simple pour mettre en œuvre SUMER, mais j'en suis pas certaine, parce qu'il y a beaucoup de choses qu'on devra sous-traiter donc il y a beaucoup de gens qu'il faudra former pour l'enquête ». Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

La délégation de visites périodiques et d'embauche aux infirmier.e.s n'évite pas l'augmentation de la charge de travail liée aux autres visites médicales. La modification de la procédure d'inaptitude augmente considérablement les justifications administratives à établir par le médecin et un surcroît de travail :

« Moi, de toute façon la réforme, je trouve que ça ne nous fait pas gagner de temps, ça complexifie le travail, [...] ça multiplie les courriers administratifs, c'est pas de nature à nous inciter à participer aux enquêtes, du coup ça nous prend tellement de temps que ce n'est pas comme ça qu'on participera plus aux enquêtes ». Ex-participant, Grand Est, service interentreprise, femme.

Ces extraits d'entretien, en plus de souligner le poids des réformes qui n'incite pas à s'investir dans la veille sanitaire à cause de la charge de travail, mettent en évidence le caractère chronophage des nouvelles missions déléguées aux médecins du travail (mission managériale et spécialisation dans les visites « problématiques »¹⁵). Une large part des médecins enquêtés distingue la théorie de la pratique : ils estiment qu'en théorie la réforme peut leur venir en aide car elle permet un gain de temps par la délégation de certaines visites aux infirmier.e.s. Néanmoins, le temps passé à former les infirmier.e.s, coordonner leur action et échanger à propos de leurs difficultés ou questionnement devrait limiter voir annuler ce gain de temps.

La collecte SUMER s'est déroulée dans un contexte particulier, marqué par l'instabilité institutionnelle. La mise en place d'une nouvelle réforme est un travail considérable pour les acteurs de santé, notamment les médecins du travail¹⁶, dont la vigilance est détournée de leur mission de veille sanitaire. Il semble que la temporalité n'a pas joué en faveur de la participation à la collecte de données. Cette notion de temporalité n'est pas étrangère aux médecins volontaires qui ont parfois été contraints de revoir leur décision de participer.

¹⁴ Issue de la loi Travail de 2016, elle recule la périodicité des visites périodiques et d'embauche. Elles peuvent être déléguées par le médecin à d'autres professionnels de santé dont les infirmier.e.s.

¹⁵ Voir section 2.1.3 et 2.2.2.

¹⁶ Voir section 2.2.1.

Tandis que certains ont vu des membres de leur équipe quitter le service au moment de la collecte, d'autres ont dû composer avec les spécificités administratives et temporelles de leur service :

« Et puis c'est tombé aussi au moment des congés. Il y a eu les congés en mai au moment de la période... Là, j'avoue que j'ai dû prendre une quinzaine de jours, et en effet, c'était au moment de fin mai début juin. Donc tout ça brassé, si vous voulez, ensemble... c'est multifactoriel. »
Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Le timing était très mauvais pour nous. Je pense qu'il y aurait eu beaucoup plus de participants si ça avait été fait en 2018 peut-être, parce que les effectifs étaient là, mais on avait en plus la loi ELKHOMRI à digérer donc je pense que ça ne m'a pas semblé être une période idéale de lancer cette enquête sur trois mois juste avant les congés d'été ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Les entretiens menés auprès de médecins enquêteurs témoignent d'une part, d'un certain pessimisme sur la possibilité de réaliser SUMER dans les années à venir, et d'autre part, d'une inadéquation entre les besoins de la profession et le contenu des réformes qui bouleversent le secteur. Majoritaire, cette perception est d'autant plus forte chez les médecins enquêtés qui n'ont pas participé à l'enquête : chez les ex-participants, seul deux pensent que la réforme est une bonne chose pour favoriser la participation à SUMER. Aucun abandonniste n'estime la dernière réforme comme une bonne chose pour la suite de SUMER.

1.3.3) ...et ajoute au sentiment général de manque de temps pour réaliser l'enquête

L'un des arguments principaux énoncé par les médecins enquêteurs pour justifier leur désengagement est le caractère chronophage de l'enquête. Cette spécificité se traduit par une impression de perte de temps du fait de la longueur mais aussi de la complexité du questionnaire et de la collecte. En effet, 10 ex-participants sur 16 et 4 abandonnistes sur les 5 ayant réalisé une édition précédente citent la complexité et la longueur du protocole comme une difficulté rencontrée au cours de l'édition précédente. C'est également une critique exposée par les lauréats mais de manière moins récurrente : 15 lauréats sur 36 trouvent que ces difficultés constituent un point faible de la collecte. Si l'enquête est considérée comme chronophage, quel que soit le profil de médecins enquêté, cet argument n'a été l'objet de désengagement que chez les abandonnistes et ex-participants. Ce constat nous amène à nous interroger sur la pertinence de cet argument comme déterminant de la participation des médecins volontaires. Qu'entendent les enquêtés par longueur et complexité ?

*« Ce qui n'a pas marché, c'est le **travail supplémentaire demandé** : j'ai été obligée d'en amener à la maison ! Le nombre de questionnaires à remplir par médecin est trop important*

et demande du temps de débriefing en plus si c'est l'infirmière qui remplit le questionnaire. Il faut le temps aussi de recontacter les salariés pour avoir certaines précisions et il faut du temps aussi pour suivre l'équipe pluri en fonction des compléments d'information demandés »
Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

La passation des questionnaires est perçue comme une activité chronophage

Si l'enquête SUMER est reconnue pour la qualité de ses résultats, c'est parce que les données collectées sont précises et expertisées par les médecins du travail. Ce travail d'évaluation technique demande du temps : en moyenne, les entretiens de recueil de données avec le salarié durent entre trois-quarts d'heure et une heure. A cela, il faut ajouter le travail de remplissage des éléments administratifs effectué en amont et le travail de relecture, de recherche, de saisie et de correction en aval. Cet investissement en temps se devine par la composition même du questionnaire : celui-ci comporte vingt pages de questions sur le salarié, l'entreprise et les expositions, dont plus de deux-cent sont recensées. Le médecin doit en parallèle remplir un questionnaire de deux pages avec ses caractéristiques socio-professionnelles tandis que chaque salarié se voit confier un auto-questionnaire de quatre pages (soixante-dix questions). Percevant l'effort de réflexion que demande cet exercice aux salariés, certains médecins n'hésitent pas à leur accorder des pauses :

« Ça, vraiment, c'était long, c'était vraiment très très long ... ils [les salariés] arrivaient, ils étaient épuisés. Tu as 4 pages là-dessus [...]. Je leur disais : allez, on va faire une petite pause, allez-vous prendre un café et reprenez le reste après... Parce qu'il y a 34 questions sur l'organisation de travail et le temps de travail, l'environnement de travail... ». Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Si la longueur du questionnaire semble gêner certains médecins enquêteurs, qui doivent ajuster leur organisation de travail, elle est parfois un poids pour les entreprises. Certains médecins pensent que les salariés, convoqués spécifiquement¹⁷ en visite périodique, sont alertés par leurs collègues, également convoqués, qu'ils devront répondre à une enquête et choisissent de ne pas venir. Cela peut également s'expliquer par l'opposition des entreprises qui ne comprennent pas pourquoi il est nécessaire de prendre autant de temps pour une visite médicale.

« On a quand même beaucoup de retours des entreprises qui téléphonent dès que les gens mettent plus d'une demi-heure, sont absents plus d'une demi-heure. Ça arrive tous les jours plusieurs fois, que les entreprises téléphonent pour savoir si on a bientôt fini. » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Selon le protocole prévu par l'équipe SUMER et approuvé par les comités de contrôle, la période de l'enquête est fixée approximativement à trois mois pour chaque médecin. La

¹⁷ Selon le principe des modes de tirage B et C.

période est différente pour chaque région et est choisie par les MIRT de façon à étaler l'enquête sur les quatre saisons (pour couvrir l'emploi saisonnier de certaines régions). Un médecin enquêteur ayant pour objectif de renvoyer trente questionnaires répondants (ou au minimum vingt pour les médecins à temps partiel¹⁸), nombre d'entre eux trouvent la temporalité courte et la collecte intensive. Cette implication en temps pèse sur certains médecins enquêteurs qui sont soulagés par la fin de la collecte et « *contents que ça se termine* ». Pourtant, la durée de collecte est qualifiée de souple par l'équipe SUMER pour la dernière édition de l'enquête car elle a choisi d'accepter les questionnaires rendus après le délai de restitution. Deux questionnaires sont à remplir chaque semaine en moyenne, si l'on veut atteindre l'objectif de collecte en trois mois.

Du travail organisationnel : le tirage et l'organisation en équipe

Les médecins enquêtés parlent de complexité de la collecte en faisant référence à la méthode de tirage, la première étape du recueil de données. Les conditions de collecte de l'enquête SUMER sont particulières : elles doivent d'une part répondre à une situation où l'échantillon est constitué aléatoirement par chaque médecin, et d'autre part, s'adapter au quotidien des enquêteurs. Cette étape délicate, qui suit un protocole précis, est qualifiée d'insurmontable par certains médecins car elle représente un coût d'entrée important :

« Et puis, il y avait aussi le mode de tirage au sort : moi j' ai un effectif où je fais très peu de périodiques [...] donc c' était très compliqué comme tirage au sort, avec en plus de l'absentéisme : je ne voyais pas très bien comment j'aurais pu m'en sortir. Je n'ai pas les capacités de passer une heure avec un salarié car j'ai énormément de visites occasionnelles, de pré-reprise, de visite " aperiodique", autres que visites d'embauche, il est vrai que je passe une heure avec ceux-là, mais je n'ai pas le temps nécessaire... ».Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

A la complexité du mode de tirage, qui peut inquiéter plus d'un médecin, peuvent être ajoutées les difficultés liées à la non-réponse qui entraînent l'abandon de certains participants.

Alors que les modes de tirage B et C ont été conçus pour répondre aux changements organisationnels des services de santé au travail, et qu'ils sont majoritairement choisis¹⁹, utilisés et appréciés par ceux-ci dans les services interentreprises, certains soulignent néanmoins l'inadéquation de certaines populations suivies à ces modes de tirage. Certains secteurs d'activité, telles que le BTP, les activités de nettoyage ou saisonnières semblent peu

¹⁸ Guide de collecte 2016-2017.

¹⁹ 50% des médecins volontaires ont choisi le mode de tirage B pour l'édition 2017 (**annexe 3**).

réceptifs à des visites sur demande du médecin et sont majoritairement absents malgré leur convocation :

« Ben moi à l'époque, j'avais une grosse population de nettoyage donc c'est vrai que j'ai eu énormément d'absentéisme donc je n'ai pas rentré le nombre de dossiers qu'il fallait du fait de cet absentéisme. Ils ont bien été convoqués mais ne venaient pas au rendez-vous. Et si je me souviens bien, j'avais été obligée de courir après les questionnaires que devaient remplir le salarié et il devait nous les renvoyer quand ils n'étaient pas revenus » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Cette situation diminue le nombre de questionnaires répondants des médecins et engendre la réalisation d'un nouveau tirage. D'autre part, les spécificités du travail des salariés impactent la possibilité de les convoquer : un médecin évoque son secteur où le travail posté est majoritaire mais où les salariés sont difficilement convocables sur les horaires du service. Une minorité de médecins semble néanmoins avoir été mis en difficulté par les spécificités de populations enquêtées, ainsi que par le protocole de tirage qu'ils considèrent comme technique et inabordable. Cela s'explique par deux choses : d'une part, le protocole de collecte prévoyait l'aide des secrétaires pour réaliser le tirage pour alléger la charge de travail des médecins volontaires. D'autre part, l'équipe SUMER avait rencontré en amont les éditeurs de logiciels²⁰ pour s'assurer de la faisabilité des tirages. Si peu de médecins interviewés évoquent les nouveaux modes de tirage²¹, l'un d'entre eux estime que c'est grâce à ces nouveautés qu'il a pu aller au bout de la collecte :

*« Qu'est-ce qui vous a permis de faire l'enquête SUMER jusqu'au bout ?
-L'autonomie d'organisation que j'avais, notamment pour prévoir des plages de consultation plus longues pour remplir les questionnaires »* Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Du travail « supplémentaire » : la difficulté d'évaluer les risques chimiques.

L'exhaustivité des données sur les risques chimiques apportée par l'enquête SUMER constitue une plus-value. Elle est source d'un degré de technicité nécessairement élevé. Alors que la partie « contraintes organisationnelles » du questionnaire ne nécessite pas l'interprétation de la part du médecin, celle sur les risques chimiques suppose la reformulation et l'évaluation des risques par le médecin du travail qui sollicite alors son expertise des situations de travail : relevé des expositions, évaluation de la durée d'exposition, évaluation de l'intensité de l'exposition, mise à disposition de protections individuelles et existence de

²⁰ Il s'agit des logiciels présents dans les services de santé au travail qui ont assurés la gestion des convocations pour la collecte.

²¹ Si la grille d'entretien, réalisée par l'équipe SUMER, comprenait une question sur les nouvelles modalités de tirage, la conduite des entretiens a finalement laissé peu de place à cette thématique.

protections collectives, alors même que les salariés ne savent pas toujours qu'ils sont exposés. Questionner un salarié peu exposé découle d'un facteur de « chance » selon la terminologie utilisée par Blandine Barlet dans son analyse des pratiques de collecte au prisme de la pluridisciplinarité²².

« Pour moi le plus difficile c'est toujours le recueil des risques chimiques, car j'ai beaucoup de mal à obtenir les fiches de données de sécurité des entreprises. Ce sont souvent les risques chimiques qui sont les plus difficiles à évaluer. Je ne sais pas pour vous Hélène [IDEST] ? -Moi, effectivement, c'est un gros souci que j'ai rencontré dans cette enquête. » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« J'avais tellement conscience que j'avais du bol de tomber sur des gens sur lesquels je suis tombé que si c'était des gens que je ne connaissais pas j'aurais abandonné l'enquête. La question qu'on se pose toujours est-ce qu'ils mettent les gants que quand on est là ou quand on n'est pas là. Mais est-ce que les EPI là correspondait vraiment au risque est-ce que ils étaient vraiment porté donc ça c'est des questions auxquelles on ne peut pas répondre. Est-ce qu'il y avait vraiment un risque de contact ? D'inhalation ? Mais c'est bien parce que ça te fait te questionner sur quelle est ta connaissance réelle du risque. Voilà, quand tu mets ta croix dans la case avant, ce n'est pas si simple. » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

L'évaluation des risques chimiques suppose du temps pour mener une recherche approfondie sur l'exposition des salariés. Ce constat a d'autant plus de poids que les fiches et visites d'entreprises ne sont pas toujours faites, réduisant les sources d'informations techniques liées aux expositions chimiques des entreprises à disposition du médecin. En tant qu'experts des situations de travail, les médecins du travail se sentent dans l'obligation de fournir les informations les plus justes et peuvent se bloquer devant la perspective de devoir réaliser en urgence ce « travail supplémentaire ».

De manière générale, l'enquête SUMER est un dispositif particulièrement bien perçu parmi les médecins du travail, tant par son aspect collectif et national, que pédagogique. L'accompagnement proposé pour réaliser la collecte semble adapté et efficace. Néanmoins, la perception positive de l'enquête ne contribue plus autant à susciter l'engagement des médecins du travail dans cette mission de veille sanitaire. L'instabilité du contexte institutionnel et organisationnel, et le manque de temps pour s'approprier le protocole de collecte et réaliser la passation semblent constituer des facteurs de désengagement des médecins du travail :

« - Que pensez-vous du guide de collecte ? »

²² Selon Blandine Barlet, dans son rapport sur les conditions de recueil de données et pluridisciplinarité dans l'enquête SUMER de 2016-2017, tiré au sort un salarié présentant une exposition aux risques chimiques implique de la « malchance ». Cette malchance est surtout révélatrice d'une moins bonne connaissance des risques par des médecins qui ont moins d'antériorité dans le service.

- *Alors oui, je l'avais regardé rapidement, après c'est vrai que ça avait semblé assez fastidieux et demandant beaucoup de temps... j'insiste là-dessus, ce qui a fait que j'avais abandonné ».*
Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Plus que la difficulté technique de réaliser la collecte, c'est le manque de temps qui fait défaut aux médecins enquêteurs. Cette réalité semble liée au contexte bouleversé des services de santé au travail : la moitié des abandonnistes enquêtés avaient déjà réalisé confortablement une précédente édition de l'enquête, ce qui renforce l'idée que la difficulté technique de celle-ci est relative. Le sentiment d'une collecte longue et intensive qui émane du discours des médecins enquêteurs renforce d'ailleurs l'idée que les conditions d'exercice des médecins du travail jouent sur la perception qu'ils ont du recueil de données. Les conditions de travail des médecins facilitent ou non l'implication dans la collecte de données, aussi exigeante soit-elle. Ce constat ne remet donc pas en cause la méthodologie de l'enquête. Nous allons voir dans un deuxième point que ces difficultés méthodologiques, pensées en fonction des réalités du terrain, sont amplifiées et rendues irréalisables par l'intensification du travail des médecins volontaires.

PARTIE 2 : Les difficultés de participation à la collecte

Si la réputation et l'utilité de l'enquête SUMER ne suffisent plus autant à mobiliser les médecins volontaires, c'est parce qu'elle s'inscrit dans un contexte exceptionnel de réorganisation de la médecine du travail. Le renouvellement du secteur de la santé au travail bouscule considérablement les limites de la profession, en perpétuelle transformation depuis près de vingt ans. Cette mutation a atteint son apogée avec la dernière réforme promulguée en 2016, au moment de l'ouverture de la campagne de collecte des données SUMER. Or, l'édition 2016-2017 n'a pas récolté le succès escompté en termes de participation des médecins avec une diminution de près de la moitié des effectifs d'enquêteurs volontaires. Si la démographie vieillissante de la profession a pu jouer un rôle dans cette baisse, le contexte d'instabilité au sein des services de santé au travail semble être à l'origine de ce phénomène. Les conditions de travail des acteurs de santé au travail évoluent. En particulier, les médecins doivent composer d'une part avec le contexte démographique de la profession, responsable de la réduction des effectifs médicaux, et d'autre part, avec la mise en place des divers réformes. Ces deux éléments augmentent considérablement la charge de travail des médecins qui ont plus de mal à trouver le temps nécessaire à la réalisation de la collecte.

Cette partie s'intéresse donc à la transformation des missions et des conditions de travail des médecins volontaires, qui impacte l'ensemble des dispositifs de veille en santé-travail. Dans quelle mesure est-elle à l'origine de leurs désengagements pour la dernière collecte, notamment pour SUMER ? Alors que peu d'abandonnistes ont arrêté l'enquête au bout de quelques questionnaires remplis, la majorité d'entre eux ont déclaré forfait avant le début de la collecte. Que cela nous apprend-il sur la désaffection de ces médecins ? La perception qu'ils ont de leurs conditions de travail anéantit-elle leur volonté de démarrer la collecte ? De plus, nous nous intéresserons aux relations entretenues avec les directions des services de santé au travail, dans un contexte de médecins salariés de services interentreprises. Dans quelle mesure l'implication des services de santé au travail permet-elle ou non la participation des médecins du travail au recueil de données ? Notre deuxième partie portera sur deux échelles d'analyse : d'une part, au niveau du quotidien des médecins du travail et la perception de leur charge de travail (2.1 et 2.2), et d'autre part, au niveau des services de santé au travail (particulièrement les services interentreprises) et de leur implication dans la collecte (2.3).

2.1) L'intensification du travail des médecins

2.1.1) Une moins bonne connaissance des entreprises du fait de l'augmentation des effectifs

Un des premiers éléments qui ressort des entretiens réalisés auprès des médecins du travail est l'indisponibilité de répondre à l'enquête du fait de l'augmentation de leur charge de travail. Celle-ci est en partie due à l'augmentation du nombre de salariés suivis par chaque médecin du travail, qui tend à s'intensifier chaque année. Pour vérifier cette affirmation, l'analyse statistique réalisée à partir des informations recueillies sur les médecins volontaires des éditions de 2010 et 2017 a permis de faire un comparatif des conditions de travail sur ces différentes périodes. Un résultat notable est l'augmentation considérable du pourcentage de médecins ayant plus de 4000 salariés suivis entre 2010 et 2017. On passe en effet de 1% en 2010 à 15% en 2017, soit une augmentation de 14 points. Cela se traduit également par la diminution de médecins suivant entre 2000 et 4000 salariés (64% en 2010 à 52% en 2017, soit 12 points d'écart) et s'explique par la croissance des départs en retraite et le non renouvellement de la profession. Cette tendance est particulièrement prononcée dans les services interentreprises dont la part des médecins suivant plus de 4 000 salariés croît de 20 points (tableau 2).

Tableau 2 : Nombre de salariés suivis par les médecins du travail en 2010 et 2017 en fonction du type de service

Salariés suivis par type de service (%)	2010			2017		
	2000 et moins	entre 2000 et 4000	plus de 4000	2000 et moins	entre 2000 et 4000	plus de 4000
service interentreprise	17	82	1	9	69	21
autres services	67	32	1	66	28	6
TOTAL	35	64	1	33	52	15

Source : base de données « questionnaire médecin » des éditions 2010 et 2017.

Ce constat est d'ailleurs mis en évidence dans les entretiens réalisés auprès des médecins du travail, qui se plaignent de devoir cumuler les effectifs de leurs collègues partis à la retraite :

« Ma consœur A. était absente, malade, puis en retraite, donc j'ai assuré les trois secteurs : le mien, l'intérim, le sien, ce qui représentait (calcul dans sa tête)... 3000 plus 3000 égal 6000, plus environ 2500 intérimaires, 8500 ! Pour 60 % de temps pendant 11 mois de novembre 2016 à mi-décembre 2017 ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Le vieillissement de la population médicale est une réalité qui atteint particulièrement la médecine du travail. Selon les chiffres de l'Ordre des Médecins, l'âge moyen des médecins du travail était de 55 ans²³ en 2017. Celui de notre échantillon était de 52 ans en 2010 et de 54 ans en 2017. La profession se caractérise donc par un âge moyen avancé et un faible renouvellement des départs en retraite par les nouvelles générations puisque les médecins de moins de 40 ans ne représentent que 9% de la population des médecins du travail²⁴. Entre 2010 et 2017, on observe d'ailleurs une diminution du pourcentage de médecins entre 41 et 60 ans (20 points d'écart) de nos échantillons au profit des plus de 60 ans (15 points d'écart) (tableau 3). Cela va dans le sens du vieillissement de la population médicale du travail. Les 2% de croissance des médecins volontaires de 40 ans et moins de notre échantillon peuvent s'expliquer par le recours aux médecins collaborateurs pour réaliser l'enquête SUMER.

Tableau 3 : Répartition des médecins volontaires par classe d'âge en 2010 et 2017

Classe d'âge des médecins volontaires (%)	Edition 2010	Edition 2017
40 ans et moins	7	9
entre 41 et 50 ans	23	20
entre 51 et 60 ans	57	43
Plus de 60 ans	13	28

Source : base de données « questionnaire médecin » des éditions 2010 et 2017.

Cette réalité croissante alerte puisqu'elle entraîne une augmentation des effectifs suivis par chaque médecin du travail. Cette dynamique n'a pas cessé puisque chaque nouveau départ en retraite se répercute inévitablement sur la charge de travail des médecins encore en poste.

« [On a eu] une augmentation de nos effectifs depuis le départ en retraite d'un médecin en mai 2017 plus un départ d'un médecin d'un autre centre. Il a fallu que les médecins restant majorent leurs effectifs » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Vous savez, je suis débordée ! Je suis passée de 2 300 salariés à 4 500. Il y a eu le départ en retraite de deux puis de trois médecins en arrêt et en retraite. [...]Même avec la meilleure volonté du monde...Je commence plus tôt, je finis plus tard, mais je n'y arrive pas. J'ai trop de salariés en difficulté ! » Ex-participant, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, femme.

Si cette augmentation est propre à l'ensemble de la profession, certains médecins semblent souffrir d'une charge de travail particulièrement élevée et de retard dans leurs visites. L'écart entre les effectifs déclarés par certains médecins vus en entretiens témoigne de l'inégale

²³ Source : Atlas de la démographie médicale, 2017, p.248.

²⁴ Ibid.

répartition des effectifs entre les médecins : certains abandonnistes estiment avoir plus de 8 000 salariés à suivre tandis que certains lauréats en ont 1 500. Ces résultats témoignent de la charge de travail relativement plus élevée chez les médecins abandonnistes et expliquent en partie leur renoncement à réaliser l'enquête :

« Non, c'est vraiment le sureffectif car quand je suis là à faire une enquête, je ne suis pas là pour répondre sur une visite à la demande de l'employeur ou du salarié, ni une pré-reprise. Je suis obligé de hiérarchiser ce que je fais par manque de temps ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Avec 4 000 salariés, je faisais toutes mes visites dans les délais. Quand je suis arrivée ici et que j'ai vu qu'il y avait 8 ans de retard sur mon secteur j'ai halluciné. [...] Quand j'ai vu qu'il n'y avait plus le temps de faire de périodique, que t'étais dans le jus tout le temps, je n'allais pas en rajouter [en faisant l'enquête], avec les employeurs qui rouspètent au bout du fil parce que tu ne peux pas leur donner un rendez-vous... ». Ex-participant, pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Il n'est pas rare de constater dans nos entretiens que l'augmentation des effectifs entraîne du retard dans le suivi des visites médicales ainsi que des tensions avec les employeurs, qui réclament d'être à jour dans le suivi de leurs salariés. Ceux-ci doivent remplir leur obligation de faire passer une visite médicale à leurs salariés conformément aux modalités prévues par la loi sauf à être passible de sanctions pénales prenant la forme d'une amende²⁵ et d'une peine de prison en cas de récidive²⁶. Cette situation ajoute un sentiment de stress aux médecins qui peinent à surmonter leur charge de travail.

Le fait de redistribuer les secteurs des médecins du travail sortants aux médecins encore en activité joue également sur le degré de connaissance des salariés et entreprises par les médecins du travail. En effet, cette connaissance est essentielle à la réalisation de leurs missions de prévention. L'expertise de ces derniers est affaiblie par une vision réduite de leur secteur : cela se traduit notamment par un affaiblissement du temps passé en entreprise ou en contact avec les représentants des salariés et des employeurs. Les médecins du travail connaissent moins les conditions et l'environnement de travail des salariés, ainsi que les spécificités liés aux postes de travail et les points sur lesquels porter leur vigilance en entretien médical. Dans le contexte de collecte de données sur les expositions professionnelles, cette situation conduit à une difficulté à remplir le questionnaire avec précision et à une augmentation du temps passé sur chaque salarié enquêté. L'ancienneté sur un secteur, un métier ou une population spécifique est considérée comme un atout précieux, tant pour exercer leur activité clinique que pour réaliser l'enquête SUMER. Or, d'après notre

²⁵ Article R4745-1 du Code du travail.

²⁶ Article L4745-1 du Code du travail.

enquête statistique, la tendance générale va dans le sens d'une réduction de l'ancienneté des médecins enquêteurs dans les services de santé au travail. S'ils étaient 54% à avoir 10 ans ou plus d'ancienneté en 2010, ils ne sont plus que 44% en 2017, soit une diminution de 10 points. A l'inverse, les médecins ayant moins d'un an d'ancienneté dans leur service ont plus que triplé entre les deux éditions : on passe de 2% en 2010 à 7% en 2017. Si les médecins enquêteurs de plus de 5 années d'ancienneté dans leur service restent majoritaires en 2017 (63%), la tendance actuelle pourrait s'exacerber. Cela représenterait un obstacle considérable pour les enquêtes de veille sanitaire, dont la précision des données collectées pourrait être altérée. De plus, cela pénaliserait la participation des médecins volontaires : absorbés par leur charge de travail, ils ne seraient plus capables de dégager le temps nécessaire à une meilleure connaissance de leur population suivie et à la réalisation d'enquête.

« Ça ne fait pas longtemps que je suis arrivée dans le service et je ne connais pas bien toutes mes entreprises. Je ne me voyais pas être obligée d'aller faire le tour de tout le monde pour voir les risques réels pour voir si les produits chimiques et tout ça... Je ne me sentais pas le courage de faire ça ». Ex-participant, Grand Est, service interentreprise, femme.

Pour résumer, l'augmentation des effectifs, directement liée à la crise démographique qui touche fortement la médecine du travail exerce une pression considérable sur la charge de travail des médecins. Ceux-ci doivent alors faire face à une intensification de leur rythme de travail ainsi qu'à la pression imposée par les entreprises pour obtenir des visites médicales. Cette situation engendre à la fois un manque de temps pour approfondir la connaissance de ces nouveaux effectifs suivis, et, parallèlement, un manque de temps pour réaliser des enquêtes en santé-travail, telles que SUMER.

2.1.2) La diminution des visites périodiques : une priorité accordée aux visites dites « problématiques »

Les réformes de la médecine du travail ont, nous l'avons vu, modifié les contours de l'intervention des médecins du travail. Ceux-ci, qui avaient la charge de réaliser les visites médicales, voient cette responsabilité partagée avec les infirmier.e.s à qui ils peuvent déléguer les visites périodiques. L'un des enjeux de ces réformes est de répondre au contexte de sous-effectif de la population médicale, considéré comme une limite au processus de modernisation de la médecine du travail et des services de santé²⁷. La réduction de la fréquence des visites

²⁷ Les réformes successives de la médecine du travail et des services de santé visent à moderniser cette entité et à rendre la pluridisciplinarité plus performante « dans un contexte où les recrutements de médecins du

périodiques, et la délégation de ces dernières aux infirmier.e.s apparaît comme une réponse à la crise démographique de la profession. Les médecins se trouvent ainsi allégés d'une partie de leur activité clinique. Depuis le 1^{er} janvier 2017, date de l'application de la loi « Travail », les visites « d'information et de prévention » ont lieu à l'embauche, renouvelable tous les cinq ans maximum (elles sont plus rapprochées pour les travailleurs les plus exposés²⁸). Si les médecins n'ont donc plus à assurer toutes les visites d'embauche et périodiques, puisqu'ils peuvent en déléguer certaines aux autres professionnels de santé, ils doivent néanmoins effectuer les autres types de visites, réalisables uniquement par eux²⁹. Dites « problématiques », celles-ci sont plus lourdes en termes d'évaluation médicale, de contacts avec d'autres professionnels, d'études de postes et d'échanges avec l'employeur.. Cela concerne notamment les mesures d'aménagement de poste et l'avis d'inaptitude³⁰. Alors que les effectifs suivis par les médecins ont augmenté, la part des visites « problématiques » s'est accru dans le quotidien des médecins :

« On a vraiment peu de temps depuis que je travaille en équipe pour affiner cette problématique et y consacrer du temps parce qu'on est débordé par nos visites de pré reprise, nos visites occasionnelles, nos visites de reprise, c'est en fait notre quotidien avec des dossiers ultra-compliqués qui nous demande beaucoup de temps... » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Ces visites semblent peser tellement dans les tâches quotidiennes des médecins du travail qu'ils ont l'impression de ne plus faire que cela. L'augmentation des effectifs des salariés suivis entraîne en conséquence une part croissante des procédures d'inaptitude, ce que Pascal Marichalar appelle la “*mise au travail ou hors travail*” des salariés (2010). Nos entretiens montrent que les médecins du travail sont débordés par les activités cliniques au détriment de l'action en milieu de travail (visites d'entreprises, études de poste, participation en CHSCT...) et de la veille. Ils expriment un sentiment d'enfermement dans cette tâche :

« On va quand même moins dans l'entreprise, on avait quand même une grande connaissance de l'entreprise à travers les visites médicales, à travers le regard des salariés. On a perdu tout ça, on a perdu toute cette connaissance. Moi je passe mon temps à régler des gros problèmes d'aptitude, d'urgence, où... Je pense que, ce n'est pas sûr que ce soit notre activité de terrain, quoi. J'ai

travail sont de plus en plus difficiles à opérer » (<https://travail-emploi.gouv.fr/archives/archives-courantes/loi-travail-2016/les-principales-mesures-de-la-loi-travail/article/medecine-du-travail>).

En particulier, la note du groupe permanent d'orientation relative au suivi des salariés par les services de santé au travail et la médecine du travail, rédigée par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail le 17 mars 2016, explique que la réforme doit permettre « d'augmenter le temps médical disponible ». « *L'optimisation du temps médical devrait être permise, dans un cadre concerté, avec la montée en puissance des équipes pluridisciplinaires et avec l'aménagement consécutif d'une nouvelle répartition entre le temps « clinique » et le tiers temps ».*

²⁸ Voir l'article R4624-16 du code du travail.

²⁹ Il s'agit des visites de pré-reprise ou de reprise d'activité, en visite sur demande de l'employeur ou du salarié.

³⁰ Article L. 4624-4 du code du travail.

L'impression qu'on va faire de l'urgence en médecine du travail ». Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

« Ici, la culture c'est d'éteindre les feux. [...] On réagit quand il y a des problèmes mais plus encore dans l'urgence. C'est comme cela depuis mon arrivée il y a trois ans. Vous savez, j'ai trente ans, ça fait trois ans que je fais ça. Ce n'est plus du travail c'est de l'urgence ! Tout, tout de suite ! [...] J'ai plus le temps pour les petites entreprises...alors comment faire de la prévention ? [...] C'est le médecin qui gère le plus complexe et les infirmières le tout-venant. Et toujours sans moyen car parallèlement, on a plus de salariés. On ne sert à rien : en Scandinavie, ils font de la prévention. Ici, c'est de la réparation ! [...] Je commençais à fatiguer...j'ai eu un arrêt de travail pour burn out » Abandonniste, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, homme.

L'activité clinique devient majoritaire dans le quotidien des médecins du travail et constitue une priorité :

*« Je pense que dans un contexte de manque de temps, ce n'est pas la **priorité** ! J'insiste sur le fait que le cœur de mon métier, c'est le maintien de l'emploi, surtout actuellement...Je serais plus intéressée par une enquête sur les visites de pré-reprise parce que j'en ai de plus en plus dans mon secteur »* Ex-participant, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, femme.

Cet extrait d'entretien revient sur la notion de « priorité » qui n'est plus accordée à l'enquête. Ainsi l'emploi du temps des médecins du travail est embolisé par de nombreuses visites dites problématiques. Celles-ci ne rentrent pas dans le champ de l'enquête SUMER. Par ailleurs ils ont moins de temps pour aller dans les entreprises ce qui entraîne une moindre connaissance des expositions professionnelles de chaque salarié.

2.1.3) L'augmentation de la charge de travail des médecins

A de rares exceptions, l'ensemble de nos enquêtés, tout profil confondu, estiment que leur charge de travail est considérable. Pour la majorité d'entre eux, elle s'est accrue ou s'accroît depuis quelques années. L'augmentation des effectifs suivis par chaque médecin et les réformes mises en place semblent provoquer une intensification de leur charge de travail qui ne les incite pas à participer à l'enquête SUMER, faute de temps. Les médecins abandonnistes, semblent submergés par les tâches quotidiennes, majoritairement cliniques, qu'ils peinent à réaliser dans les temps. Plusieurs abandonnistes enquêtés ont d'ailleurs fait état de leur envie de participer à l'enquête mais la charge de travail semble avoir eu raison de leur volonté.

Le « temps », et surtout le « manque de temps », est une notion fortement mobilisée dans le discours des enquêtés pour justifier leur charge de travail. Les médecins se plaignent que

l'enquête est « chronophage ». Ils ne trouvent plus le temps nécessaire pour réaliser certaines tâches de veille sanitaire ou de prévention en entreprise (action en milieu de travail). Certains disent même qu'ils font plus d'heures que prévu par leur contrat pour terminer leur travail :

« Normalement, je suis aux 39 heures. Moi je fais, on va dire entre 8 heures et 9 heures 30 par jour, mais je le fais parce que je le veux bien, parce que ça m'est nécessaire. S'il faut que je passe une heure ½ de plus par jour parce qu'il faut que je le fasse, je le fais. Est-ce que les autres sont dans cette optique là... à vrai dire, je crois qu'ils le sont aussi ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Face à ces problématiques, il nous est donc paru pertinent d'interroger la variable « temps de travail » dans la base médecins pour comprendre de quelle manière elle agit sur le quotidien des médecins et détermine ou non leur participation à l'enquête. D'après l'analyse statistique réalisée sur les médecins volontaires en 2017, 66% des médecins volontaires travaillent entre 80% et 100% ETP (équivalent temps plein). Ils sont de plus 13% à travailler moins de 50% ETP. En 2010, 67% des médecins volontaires travaillent entre 80% et 100% d'une ETP (équivalent temps plein) tandis qu'ils sont 11% à travailler moins de 50%. La répartition du temps de travail reste donc majoritairement inchangé entre 2010 et 2017 avec entre 66% et 67% de médecins travaillant de 80 à 100% d'un ETP (équivalent temps plein). La différence entre les deux éditions va dans le sens d'une légère augmentation des médecins travaillant moins de 50% d'un ETP (on passe de 11% en 2010 à 13% en 2017 soit deux points d'écart). De ce point de vue-là, le temps de travail ne semble pas expliquer la diminution de la participation des médecins volontaires. Néanmoins, en comparant les profils de médecins, les lauréats apparaissent être relativement souvent à temps plein (36%) et majoritairement entre 80% et 100% ETP (74%) en 2017. A l'inverse, ils ne sont que 10% à faire moins de 50% ETP et 15% entre 50% et moins de 80% ETP. Ils se distinguent ainsi des autres médecins qui n'ont pas réussi leur objectif de collecte. Ces derniers semblent être majoritairement à moins de 80% ETP (51%) avec près de 20% à moins de 50% ETP et 32% entre 50% et 80% ETP.

On peut en déduire qu'être à temps partiel favorise moins la réussite de l'objectif de collecte. Cela s'expliquerait par le fait qu'être à temps partiel permet moins de réaliser les tâches quotidiennes, quand bien même la charge de travail est adaptée au temps de travail. De même, le fait de combiner différentes activités à temps réduit ne permet pas de se concentrer sur une mission, peu souvent considérée comme prioritaire, telle la veille sanitaire³¹. Les cinq premiers questionnaires sont les plus difficiles à remplir par les médecins, ce qui rend la démarche plus coûteuse pour les enquêteurs à temps partiel. Les informations obtenues auprès

³¹ Voir section 1.3.1.

des différents profils de médecins interviewés ont permis d'établir une distinction entre le temps de travail des lauréats (139 heures mensuelles), des abandonnistes (131 heures mensuelles) et des ex-participants (134 heures mensuelles). Pour autant, cette différence est quasiment négligeable rapportée au nombre d'heure par jour. De ce fait, le temps de travail n'apparaît pas comme un déterminant majeur de la participation (quand bien même il semble jouer sur la réussite de l'objectif de collecte³²).

Le manque de temps évoqué par les médecins du travail semble essentiellement dû à leur charge de travail. Celle-ci est considérée comme un frein à la réalisation de la collecte. L'augmentation de la charge de travail s'explique par deux principales raisons. D'une part, la hausse des effectifs qui concerne l'ensemble des médecins volontaires en services interentreprises quel que soit leur profil. Autrement dit, cette hausse concerne les abandonnistes mais aussi les lauréats qui sont 40% à suivre plus de 4000 salariés en 2017. D'autre part, l'augmentation de la charge de travail s'explique par la recrudescence des visites dites « problématiques ». ³³. Selon les MIRT, les visites périodiques représentaient 80% de l'activité clinique des médecins du travail. Aujourd'hui, les visites « problématiques » sont devenues majoritaires dans le quotidien des médecins, à la fois parce qu'elles sont plus nombreuses et parce qu'elles sont plus longues et complexes. Cela entraîne un retard dans le suivi des visites périodiques réglementaires (selon l'ancienne réglementation telle que prise en compte dans le protocole de Sumer 2016-2017), comme le révèlent les entretiens menés auprès des médecins interrogés dans cette étude. Pour cette raison, le protocole de l'enquête a mis en place deux nouveaux modes de tirage (encadré Modes de tirage) selon que les médecins aient ou non pas ou peu de retard dans leurs visites. .

Cette charge de travail, si elle est attestée, doit cependant être nuancée. En effet, si la hausse des effectifs est indéniable sur l'ensemble de la population des médecins du travail, elle n'apparaît pas comme étant une condition suffisante à la non-participation et l'abandon de l'enquête. Certains lauréats parviennent à atteindre leur objectif de collecte malgré un nombre important d'effectifs à suivre. Par ailleurs, le retard dans les services de santé au travail semble surestimé par les médecins du travail. Au vu de la perception des médecins quant au retard accumulé dans les visites, l'équipe Sumer s'attendait à ce que la plupart des médecins

³² Voir section 3.2.1.

³³ Selon les statistiques effectuées sur une année par le MIRT de GE, un tiers des visites sont dites « problématiques », les autres étant des visites d'embauches (1/3) et périodiques (1/3).

volontaires aient recours au tirage C (parmi l'ensemble des salariés attribués aux médecins). Pour autant, la méthode B a été beaucoup plus utilisée : 50% ont utilisé la méthode B contre 17% pour la méthode C (annexe 3). Pour cette raison, il semblerait qu'il y ait un décalage entre la perception des médecins concernant le retard accumulé dans le suivi des périodiques et la réalité. Cela peut s'expliquer par le caractère particulièrement pesant et chronophage des visites dites problématiques qui augmentent la charge mentale des médecins du travail (Barlet, 2018, p.60).

Au vu de ces résultats, il semble surtout que ce qui distingue les lauréats des abandonnistes, c'est la perception de la charge de travail, plus que l'intensification du travail, notion relativement subjective et en partie liée à l'augmentation de la charge mentale. La différence entre situation de travail réel des médecins et la perception qu'ils en ont constitue un déterminant de la participation de ces derniers à la collecte SUMER. Plus encore, on pourrait dire que c'est l'écart entre les conditions de travail qu'ont connues les médecins et celles actuelles qui entraîne un sentiment de « crouler sous le travail ». Cette hypothèse, si on ne peut la vérifier, pourrait expliquer l'existence de médecins qui parviennent à terminer leur collecte en dépit d'un effectif toujours plus important de salariés attribués.

Les conditions de travail des médecins des services de santé au travail semblent particulièrement touchées par le contexte de réforme et de crise démographique : diminution de la connaissance des entreprises du fait de l'augmentation des effectifs suivis, spécialisation des médecins dans les visites « problématiques » qui participent à l'augmentation de la charge de travail. La connaissance des entreprises et postes de travail des salariés étant un facteur facilitant l'immersion dans la collecte, ces éléments de conditions de travail sont des facteurs explicatifs du désengagement des médecins lors de la dernière collecte. Néanmoins, ils ne sont pas les seuls. En effet, à cette intensification du travail des médecins, s'ajoute de nouvelles missions chronophages à réaliser.

2.2) La complexification du travail des médecins

2.2.1) La difficile mise en place des réformes

Depuis le 1er janvier 2017, date de l'application de la loi « Travail », le médecin du travail peut déléguer certaines visites d'information et de prévention aux infirmier.e.s. Cette nouvelle

réglementation s'inscrit dans un processus plus global de réformes dont la dynamique est double. D'une part, elles visent à diversifier les compétences au sein des services de santé au travail pour développer l'offre de prévention primaire en santé et sécurité au travail. D'autre part, elles cherchent à répondre au contexte démographique en proposant de déléguer certaines tâches des médecins du travail aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ces réformes³⁴ ont des répercussions sur l'organisation des services de santé, de ses acteurs et la définition de leurs missions. Elles sont donc un bouleversement considérable, plus ou moins bien anticipé et orchestré par les services de santé au travail.

En tant qu'animateurs de l'équipe pluridisciplinaire, les médecins du travail voient reposer sur leurs épaules la mise en place de ces réformes, et notamment la loi « travail » qui est mise en application durant de la collecte SUMER (janvier 2017). Les formations ont été réalisées d'avril 2016 à avril 2017, tandis que la réalisation de la collecte s'est étendue de juin 2016 à octobre 2017. Cette dernière réforme, qui modifie entre autres la procédure d'inaptitude et permet d'espacer les visites périodiques et d'embauche déléguées au personnel infirmier, nécessite un ajustement des pratiques de travail, à concilier avec les tâches quotidiennes. De ce fait, cette « *période de transition* » est considérée comme particulièrement sensible quel que soit le profil de médecin. Les acteurs doivent procéder par tâtonnements afin de définir leur nouvelle organisation de travail :

« [Non je n'ai pas participé] car encore **périodes de transition**, espacement des visites mais **augmentation de la charge de travail avec les études de poste, les fiches d'entreprise à faire avant les inaptitudes**, l'augmentation des visites de pré reprise et les visites à la demande des salariés : nécessité de leur accorder beaucoup de temps car « s'estime être là pour ça ». Passe beaucoup de temps à essayer d'obtenir des aménagements, des aides techniques, des interventions type Sameth... » [Entretien rapporté en prise de note] Ex-participant, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, femme.

« Mon problème pour participer l'année dernière à SUMER ça a été... **Le début de l'année a été assez perturbé par la mise en place de la réforme**, donc ça, c'était quand même un gros morceau. Il y a, comme toujours quand il faut mettre en place quelque chose de nouveau, des dysfonctionnements, au démarrage, sur plusieurs semaines : **c'est un peu flou, on ne sait pas trop, on se pose pas mal de questions, on doit travailler là-dessus, réfléchir un peu en équipe là-dessus... Ça nous a pris beaucoup de temps !** » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

³⁴ A l'origine, la directive européenne de 1989 incitait les services de médecine du travail à faire appel à des compétences diverses pour améliorer la sécurité et la santé de leurs travailleurs ; ce sont les prémisses de la pluridisciplinarité. En 2002 en France, la loi de modernisation sociale interprète la directive européenne en marquant le passage de la médecine du travail à la santé au travail. En 2011, les services de santé au travail sont réformés de telle sorte que la mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail incombe désormais aux services et non plus aux médecins. Enfin, suite à l'adoption de la loi « Travail » en 2017, les visites médicales d'embauche et périodique deviennent la visite d'information et de prévention. Celle-ci peut être alors assurée par les infirmières.

Outre l'instabilité apportée par la mise en place de la réforme, les médecins constatent qu'elle s'accompagne d'une augmentation de la charge de travail, ce qui n'était pas attendu. En effet, si la loi Travail cherche à libérer du temps en espaçant et déléguant des visites périodiques et d'embauche, les autres visites liées à l'aptitude du salarié semblent s'être complexifiées :

*« Ce n'est pas que c'est compliqué. [La réforme] est contraignante, elle est très rigide, les délais sont beaucoup plus courts, maintenant il y a **4 documents qu'il ne faut pas seulement faire, alors qu'avant on pouvait globalement synthétiser dans un seul**, là maintenant il faut que ce soit clairement identifié beaucoup de temps de rédaction et tout ça dans un délai maximum de 15 jours ...».* Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Cumulé à l'augmentation des effectifs et des visites « problématiques », les médecins ont le sentiment que leur charge de travail s'est accrue à cause de la réforme. La mise en place de la réforme et la modification des procédures se traduit par une augmentation de la lourdeur administrative :

*« La réforme nous amène à faire **de plus en plus de choses administratives** et de plus en plus de choses compliquées, **des formulaires qui changent tout le temps et auxquels il faut s'adapter...** Je ne vois pas en quoi elle serait de nature à faciliter la participation à SUMER. Sauf si on avait des moyens à disposition pour saisir tout ça... Mais là je ne vois pas du tout en quoi ça pourrait nous faciliter les choses ».* Ex-participante, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Les médecins doivent être bien plus précis dans leurs conclusions, illustrées par des cas concrets et vérifiés sur le terrain :

« [On a] de plus en plus de difficultés à connaître réellement par le détail tous les postes de travail de l'entreprise, enfin des salariés qu'on voyait. Quand on ne peut compter sur personne pour nos inaptitudes, dont le nombre flambe complètement, quand personne ne peut nous aider à rédiger notre fiche d'entreprise, on est obligé d'y aller et quand c'est nous, c'est forcément nous quand on a pas de recours, ça embouteille notre activité » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Le contexte de réforme semble particulièrement déstabilisant pour les acteurs des services de santé au travail qui sont touchés par des changements administratifs et protocolaires non négligeables. Si l'accumulation de protocoles devenus complexes depuis la réforme rend le contexte peu favorable à la participation à SUMER, la gestion managériale qui en découle participe au désengagement des médecins.

2.2.2) La gestion des équipes pluridisciplinaires

Avec l'instauration de la pluridisciplinarité dans les services de santé, les médecins du travail doivent faire face à une nouvelle organisation et à de nouvelles missions. En effet, la

réforme de 2002 introduisant la pluridisciplinarité nomme les médecins du travail animateurs et coordinateurs de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci est pour la première fois prise en compte dans le protocole de collecte de SUMER lors de l'édition 2016-2017. En 2017, les médecins volontaires en services interentreprises travaillent à 98% avec une secrétaire et à 81% avec un.e infirmier.e (tableau 4). Au total, ils sont 80% à travailler avec à la fois une secrétaire et un.e infirmier.e. Un nouveau mode de tirage permet d'ailleurs d'inclure les salariés vus par des infirmier.e.s dans l'échantillonnage³⁵. Cette décision n'avait pas été inscrite en 2010. Malgré les textes sur la pluridisciplinarité en 2002, la présence de personnel infirmier a mis du temps à s'imposer dans les services de santé : pour l'édition 2010, si 96% des médecins volontaires travaillaient avec une secrétaire, seul 28% avaient un.e infirmier.e à leur côté. De plus, ils n'étaient que 27% à travailler à la fois avec une secrétaire et un.e infirmier.e. Il convient donc de noter l'évolution dans la composition des services de santé entre 2010 et 2017 pour comprendre les nouvelles missions données aux médecins du travail depuis la dernière édition de SUMER.

Tableau 4 : Composition de l'équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises par édition

Présences des professionnel.le.s de santé au travail (%)	Edition 2010	Edition 2017
Présence secrétaire :		
oui	96	98
non	4	2
Présence infirmier.e :		
oui	28	81
non	72	19
Présence infirmier.e et secrétaire :		
oui	27	80
non	73	20
Présence IPRP :		
oui	-	93
non	-	7

Source : base de données « questionnaire médecin » des éditions 2010 et 2017.

Pour les médecins, chargés de coordonner l'équipe pluridisciplinaire, cette situation entraîne la croissance des tâches de management qui ne sont pas directement liées à la pratique médicale et diminue le temps consacré aux activités cliniques et surtout aux actions

³⁵ Il s'agit des tirages B et C. Voir encadré p.7.

en milieu de travail. En effet, la pluridisciplinarité demande des efforts constants d'animation pour répartir les tâches entre chacun :

« Je me suis attelée à mettre en œuvre la réforme, à essayer de reprendre le fil sur le management de notre équipe pour savoir à qui on délègue quoi parce que ça change beaucoup de chose sur la réalisation des FE [fiches d'entreprise] et compagnie... Donc SUMER, ça a été vite mis de côté ». Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Cette tâche est d'autant plus ardue que des visites périodiques et d'embauche peuvent être déléguées aux infirmier.e.s. Ces dernier.e.s doivent donc se coordonner avec le médecin du travail pour décider qui prend en charge chaque visite. En général, le médecin choisi de déléguer les cas les moins complexes aux infirmier.e.s, tandis qu'il s'occupe des salariés dont les postes de travail sont les plus exposés ou à risques (Barlet, 2018). Débutée pendant la mise en place de la loi Travail dans les services de santé, l'édition SUMER 2016-2017 n'est pas apparue comme étant la priorité dans ce contexte instable. L'importance des changements à opérer au sein des services, tant en termes administratifs que managériaux, semble avoir contribué à la diminution de l'engagement des médecins pour la collecte de données. Outre la minutieuse répartition du travail entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, des efforts de formation sont nécessaires, tant pour former les membres récemment arrivés dans les services, que pour enseigner le protocole de collecte aux équipiers du médecin :

« Certes, on peut envisager de déléguer certaines choses, mais malgré tout, c'est chronophage et parfois, on a l'impression qu'à faire soi-même on va « perdre moins de temps » qu'à déléguer donc je suis un peu ambivalente sur la réponse [...]. J'ai une équipe infirmière et ASST qui est récemment formée mais qui manque d'autonomie et de compétence [...]. J'y vais par priorité et je n'en suis encore pas à leur déléguer les yeux fermés, je ne me repose pas, je suis plutôt dans la mise en place » Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Ces efforts de formation sont d'autant plus indispensables que les médecins enquêtés font état d'un fort turn-over dans les services de santé au travail. S'il ne nous est à ce jour pas possible d'estimer la fluctuation des salariés dans ces services, il semble que ces questions de recrutement préoccupent particulièrement les directions des services de santé au travail, et influe sur l'environnement de travail des médecins³⁶.

Le contexte particulier de réforme tend à réduire l'engagement des médecins volontaires autour des dispositifs de veille sanitaire. Ceux-ci doivent composer avec l'évolution de leurs missions, de plus en plus tournées vers le management des équipes pluridisciplinaires. L'accumulation des réformes engendre un surcroît de travail pour les médecins qui doivent se

³⁶ Voir le verbatim section 2.3.3, page 51.

mettre à jour régulièrement et guider la mise en place des nouvelles modalités de travail des services. De nombreux médecins enquêtés mettent en évidence le fait que, si la pluridisciplinarité est un atout des services, notamment pour décharger les médecins de certaines tâches cliniques, elle se révèle chronophage dans sa mise en place, annulant le temps gagné sur la délégation des visites.

*« Finalement, on a tout autant des choses à faire [...] parce que les infirmières ont quand même des entretiens, des visites d'information et de prévention, mais **il faut travailler avec elle, les débriefer, il faut leur confier du coup des activités, les superviser, enfin voilà le rôle de coordination d'équipe finalement prend du temps.** Ce n'est pas la réforme en soi, mais c'est un facteur pour moi qui permet moins qu'avant de participer à des enquêtes »* Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

2.2.3) Quelle place pour le médecin ? Le nouveau « manager » des équipes pluridisciplinaires

Nous venons de le voir, le médecin du travail doit composer avec les besoins de recrutement et de formation des membres de l'équipe pluridisciplinaire. En tant que coordinateur des acteurs de santé au travail, il semble être devenu le nouveau « manager » de l'équipe pluridisciplinaire. Comment cette responsabilité est-elle appréhendée par les médecins du travail ? Dans quelle mesure cela influe-t-il sur l'engagement des médecins dans l'enquête et la réussite de la collecte ? Loin d'alléger leur charge de travail, ces réformes, très attendues dans un contexte de sous-effectif médical, ont des répercussions sur la définition des rôles des acteurs de santé au travail et sur la définition de leurs missions. Le passage de la médecine du travail à la santé au travail (2011) a profondément bouleversé l'organisation des services de santé au travail et les rôles des professionnels. Les services de santé au travail, qui succèdent aux services médicaux du travail, voient croître l'autorité de la direction des services qui devient administratrice des actions de santé au travail, au même titre que les médecins du travail. Cela est surtout le cas dans les services interentreprises. La mise en place de la pluridisciplinarité marque l'arrivée de professionnels de santé médicaux et pluridisciplinaires (ergonomes, toxicologues...), Devant cette dynamique, on peut se demander quel rôle a joué la présence de nouveaux acteurs et d'une nouvelle organisation du travail au sein des services de santé dans l'engagement des médecins enquêteurs.

Le passage de la médecine du travail à la santé au travail se caractérise par l'élargissement des compétences techniques de prévention des services de santé, et le renouvellement du médecin du travail qui devient l'animateur et le coordinateur des équipes pluridisciplinaires. Ce rôle entraîne la croissance des tâches de management qui ne sont pas liées à la pratique

médicale et diminue le temps consacré aux activités cliniques. Les entretiens réalisés dans le cadre de cette enquête montrent que les médecins se sont approprié ce rôle de manager : certains valorisent d'ailleurs énormément le travail en équipe dans leur discours. Si le trinôme composé du médecin, infirmier.e et secrétaires emble particulièrement lié, la relation entre les médecins du travail et les IPRP est moins aisée voire inexistante. Ces derniers sont effectivement peu mobilisés par les médecins du travail tout comme il semble que ceux-ci ne soient pas non plus sollicités par les IPRP :

« On s'est dit non ce n'est pas possible, parce que pour un intérimaire, demander une intervention IPRP dans une entreprise utilisatrice, ça aurait été disproportionné quoi. Autant un médecin de secteur qui fait l'enquête SUMER pour un groupe de salarié de son secteur, qu'il puisse demander une précision peut-être, mais nous, on ne se voyait, on a fait de l'autocensure. Et puis bon, en ce qui concerne le risque chimique, comme je te disais, notre principale source d'information, c'est quand même le médecin titulaire de l'entreprise ou l'infirmière, et ou l'infirmier titulaire de l'entreprise. Et assez souvent, ça suffit pour caractériser l'exposition aux risques chimiques »
Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Ce verbatim traduit à la fois le faible recours aux ressources pluridisciplinaires (Barlet, 2018), ainsi que la difficulté de faire travailler médecins et IPRP sur des dispositifs de ce type, faute d'autocensure. Ainsi, si l'ouverture du questionnaire d'enquête à ces derniers est pertinente en théorie, elle semble avoir été difficile à mettre en place (voir section 3.1.2). Il ressort des entretiens une vision dichotomique du travail dans les services de santé au travail avec des équipes « médicales » d'un côté, composées du trinôme infirmier.e.s, secrétaires et médecins, et les équipes techniques de l'autre. Il a longtemps été question d'une réticence des médecins à ouvrir la santé au travail à des compétences non biomédicale (Barel, Frémeaux, 2012). Selon nos entretiens, la jonction entre ces deux mondes professionnels peut également s'expliquer par un fonctionnement différent : les médecins s'appuient sur le personnel de proximité tandis que les IPRP, divisés entre différentes équipes, sont assez peu présents auprès de chaque médecin :

« L'IPRP, il lui faut trois semaines pour agir ! Et trois semaines pour intervenir, on est hors délai » Abandonniste, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, homme.

Au final, la pluridisciplinarité est relative au sein des services de santé : ce terme semble être synonyme d'un travail d'équipe restreint mais efficient et d'une division du travail plus contraignante pour les médecins.

La complexification du travail des médecins ainsi que l'instabilité qui règne au sein des services de santé au travail en transformation semblent limiter la participation des médecins à la collecte SUMER. Les réformes successives ont ébranlé le fonctionnement de la médecine

du travail en mobilisant de nouveaux acteurs et réorganisant le travail des médecins. Ces derniers, dont la profession est vieillissante, doivent alors se réappropriier les nouvelles modalités d'exercice de leur métier. La désaffection des médecins volontaires à la collecte de données SUMER semble de ce point de vue venir d'une tendance plus globale de réorganisation des services de santé au travail. Ces premiers constatent d'ailleurs un manque de moyens considérable les empêchant de réaliser leurs tâches quotidiennes et les missions plus ponctuelles telles que la veille sanitaire. Le manque de personnel, de matériel informatique ou même de temps contrarie leurs missions. Il convient donc de replacer notre analyse dans le contexte professionnel des services de santé. L'intensification et la complexification du travail, qui touchent les médecins de manière plus ou moins homogène³⁷, est-elle atténuée par le soutien des autres acteurs de la santé au travail, qui proposent ainsi des conditions favorables à la réussite de la collecte ? Nous nous demanderons dans le point suivant si la mobilisation des différents acteurs des services de santé est une variable significative de la participation des médecins volontaires et la réussite de l'objectif de collecte.

2.3) La mobilisation des services de santé au travail : un discours favorable mais peu de moyens mis à disposition

Le rôle et les conditions de travail du médecin ne sont pas les seuls facteurs du désengagement de ces derniers. En effet, il faut les replacer dans le contexte de l'organisation des services de santé au travail : quel rôle les services de santé jouent-ils dans l'engagement des médecins et la réussite de la collecte ? Comment se manifestent-ils ? Le soutien des services de santé au travail est-il un facteur d'engagement des médecins enquêteurs ou leur fait-il défaut ? Ces questionnements nous amènent à nous intéresser à l'organisation de la collecte dans les services de santé au travail. A travers les discours des directions de services et la perception qu'en ont les médecins du travail, nous nous demanderons de quelle manière les directions s'impliquent dans le recueil des données, notamment par l'allocation de moyens et d'outils de réussite d'une collecte complète, et à la place qu'elles donnent à l'enquête.

³⁷ Nous verrons dans la section 3.2.1 que les conditions de travail de certains médecins ne sont pas ébranlées par les réformes.

2.3.1) Un discours positif sur l'enquête : Presance et les directions semblent très favorables à l'enquête

L'instance de gouvernance des services interentreprises de santé au travail est conduite par les directions, sous le contrôle du conseil d'administration paritaire. Selon l'article L. 4622-16 du code du travail, le directeur des services interentreprises, en tant que responsable hiérarchique du personnel du service, coordonne l'action des équipes pluridisciplinaires du service, ainsi que les relations avec les acteurs extérieurs (les entreprises, les DIRECCTES...). « *Il est en particulier, dans ce cadre, sur délégation du conseil d'administration, garant de la bonne adéquation des moyens du service avec les orientations stratégiques définies*³⁸ ». Le directeur des services interentreprises joue donc un rôle fondamental dans la gestion des missions de veille sanitaire et la réalisation de la collecte de données épidémiologiques au sein des services. Son implication est d'autant plus évidente que « *participer à la traçabilité des expositions et la veille sanitaire* » fait partie des quatre missions prioritaires des services de santé. De même, en tant qu'espace dédié à l'échange entre les professionnels de services de santé, la commission médico-technique (CMT) est une instance de réflexion sur les missions du service, dont la veille sanitaire fait partie. Elle permet de guider les priorités d'actions pluridisciplinaires et régionales précisées dans le projet de service et Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM). Les organes de gouvernances des services sont donc autant d'entités internes a priori intéressées et impliquées dans la réalisation de la collecte de données SUMER.

En tant que représentant des syndicats patronaux à la table des négociations annuelles de la convention collective des services interentreprises, Presance (anciennement Cisme) est une association qui a vocation à fédérer, aider les services interentreprises de santé au travail et servir leurs intérêts. Ses missions se résument au conseil, à la documentation et la représentation de ses adhérents. Sur son site internet, l'association se présente comme l'organisme de référence des SSTI³⁹ en assurant la représentativité de 240 services interentreprises au bénéfice d'1,5 million d'entreprises et de 15 millions de salariés (alors que le secteur privé en compte 16 millions)⁴⁰. Elle évoque également son financement par les cotisations des entreprises à hauteur d'1,2 milliards d'euros par an. De par son nombre d'adhérent et le dynamisme de son action dans le milieu de la santé au travail, elle a une

³⁸ L. 4622-16 du code du travail.

³⁹ Service de Santé au Travail Interentreprises.

⁴⁰ Source : <http://www.presanse.fr/article/173/Une-association-de-Services-interentreprises.aspx>.

certaine influence auprès des services interentreprises. C'est pourquoi, à chaque nouvelle édition, l'équipe SUMER assure la présentation du dispositif et la restitution des résultats auprès de l'association et de ses membres. Cette action de communication a pour but de sensibiliser les directions des services de santé interentreprises via la diffusion d'information par le biais de l'association⁴¹ d'une part, et d'autre part s'assurer le soutien des directions par la mise à disposition de moyens de réalisation lors de la collecte des données. Selon l'équipe SUMER, ces présentations sont très appréciées des directions de services et semblent mobilisatrices. Alors que les directions de services se sont montrés très favorables à l'enquête et prêts à mobiliser leur service, il y a un écart entre les promesses de ce discours et les réalités du terrain.

2.3.2) Une mise en œuvre ambiguë de SUMER et de la veille sanitaire par les directions des services

Les services de santé au travail sont des organismes à but non lucratif ayant pour mission de conseiller les employeurs cotisants, les travailleurs et leurs représentants afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A l'inverse des services de santé au travail autonomes, créés au niveau de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, les services interentreprises sont structurés en un ou plusieurs secteurs géographiques et professionnels ; ils concentrent de ce fait des informations hétérogènes intéressantes pour référencer les spécificités des postes de travail. Une de leurs quatre missions consiste d'ailleurs à participer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. Cette action de rassemblement des données collectives en santé travail (exposition, santé des salariés) sur une entreprise, un secteur d'activité, un métier, peut être réalisée de différentes manières et principalement par la participation à des enquêtes nationales ou locales. La réalisation de cette mission semble installée dans la pratique des services puisque la majorité des médecins du travail enquêtés participent à au moins une enquête d'envergure : MCP, Evrest, SUMER (tableau 1). 10 déclarent ne participer à aucune enquête, tandis que 10 autres avaient l'habitude d'en faire mais ont arrêtés. La participation à des dispositifs de ce type est fluctuante en fonction du profil de médecins, les ex-participants et les abandonnistes étant moins assidus. En tant qu'outil de surveillance des expositions professionnelles, l'enquête

⁴¹ Par exemple, en janvier 2016, la revue mensuelle n°45 du Cisme a publié un article : « 4^{ème} édition de l'enquête SUMER en 2016-2017 : les SSTI mobilisés », p.12.

SUMER est donc concernée par cette mission et doit faire l'objet d'une attention particulière des services.

Les directions des services, majoritairement rassemblés sous l'égide de l'association Presance, semblent favorables à la mise en place de dispositifs de veille, en témoignent les réunions réalisées entre l'équipe SUMER et l'association. Dans les faits, ils semblent moins démonstratifs. D'une part, il faut rappeler que les services de santé au travail ne peuvent contraindre les médecins qu'ils emploient à participer aux enquêtes. Quand bien même une direction souhaiterait que son service participe à la collecte de données, elle ne pourrait agir sur le taux de participation si les médecins refusent de s'engager. D'autre part, les entretiens effectués auprès de médecins du travail montrent que les services de santé au travail⁴² ont un rapport ambigu à la veille sanitaire et à SUMER, oscillant entre un discours favorable mais une inaction dans les faits. Les directions de leur service ont été peu présentes durant la préparation et la collecte de l'enquête. Ce constat est visible par le fait que ce sont, dans la grande majorité des services, les médecins régionaux inspecteurs qui ont informé les médecins de la nouvelle édition de l'enquête SUMER, que ce soit chez les abandonnistes, les ex-participants ou les lauréats. Ces derniers ont été contactés individuellement par les MIRT et non par leur service, alors que celui-ci doit assurer la mission de veille sanitaire au même titre que les médecins. De plus, les entretiens révèlent que la direction des services ne s'est quasiment jamais investie dans la communication ou l'organisation de l'enquête (dans une moindre mesure chez les lauréats). Elle s'est montrée indifférente à la réalisation de la collecte selon la majorité des médecins enquêteurs.

Les enquêtés ne se sont pas senti suffisamment soutenus dans leur démarche de collecte de données. Certains estiment que les directions hiérarchisent l'implication des médecins dans les actions de veille sanitaire. Des services montrent par exemple une préférence pour la participation à telle ou telle enquête.

- « - Dans quelle circonstance avez-vous parlé de l'enquête avec la direction de votre service ?
- Je n'en ai jamais parlé avec le directeur. Ils sont contents, ils préfèrent que l'on fasse Amexis car SUMER ça dépend de la direccte » Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

⁴² Nous ne parlerons ici que des services de santé au travail interentreprises, les services autonomes relevant de conditions de travail et de gouvernance particulières.

D'autres services préfèrent délaissier la veille sanitaire pour que les médecins se concentrent sur leurs visites en retard. Considérée comme chronophage, la veille sanitaire n'est pas vue comme une priorité⁴³ pour la direction et les entreprises :

« Mon médecin tuteur oui, et par contre les gens qui sont en relation directement avec les entreprises étaient plus réticents dans la mesure où c'est chronophage, même si c'est simplifié, si c'est tout ce qu'on veut, on a quand même beaucoup de retours des entreprises qui téléphonent dès que les gens mettent plus d'une demie heure, sont absents plus d'une demie heure ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« J'ai senti que si on faisait pas, ça les dérangeait pas. Même, au contraire, qu'on avait autre chose à faire que de participer à ça, je crois, enfin c'est un peu comme ça que je l'ai ressenti » Ex-participant, Grand Est, service interentreprise, femme.

*« Il y a toujours cette fameuse comparaison dans les rapports annuels de combien tu fais de visites. Il y a toujours la pression des demandes, il y a toujours la pression peut être même de nous-mêmes... On a toujours l'impression qu'on est jugé : **notre travail est surtout jugé sur le nombre de visites qu'on fait**, puisque dans le rapport annuel, c'est aussi beaucoup ce qu'on nous demande. Quand on va au conseil d'administration, ils nous demandent si on est à jour de nos visites. **On a un peu l'impression que c'est la préoccupation des chefs d'entreprises et des salariés.** Du coup, on a du mal à consacrer du temps à autre chose et à se dire : je vais donner à la consultation une autre place par rapport à ce qu'on doit faire à côté, ou un autre temps. C'est à dire pas dix par vacation mais cinq ou si, mais peut être plus long... »* Lauréat, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, femme.

Assurer les visites médicales est une activité quantifiable et visible par les entreprises, qui paient des prestations et qui attendent en retour la réalisation de ces services dans les temps⁴⁴. On peut s'imaginer que l'activité clinique constitue un indicateur de la viabilité du service de santé au travail, dont l'agrément doit être redemandé tous les cinq ans⁴⁵. Prioriser cette activité serait un moyen d'assurer la pérennité du service de santé au travail par sa direction. Le mécontentement exprimé par certaines entreprises devant le temps que passent leurs salariés en visite médicale du fait de l'enquête ne semble pas apprécié ni par les directions, dont ils sont les prestataires de services, ni par les médecins ou leur équipe, qui subissent la pression exercée par ces premières :

« Ça arrive tous les jours plusieurs fois, que les entreprises téléphonent pour savoir si on a bientôt fini. Donc les assistantes, qui sont en première ligne, pour elles c'est difficile de participer à ce type d'enquête ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

⁴³ Voir section 1.3.1.

⁴⁴ « Chaque employeur est tenu d'organiser un SST (code du travail, art. L. 4622-1). Ce service est soit propre à son entreprise ou établissement (service autonome), soit organisé en commun avec d'autres entreprises et établissements (service entreprises) », circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012. L'article L. 4622-6 du code du travail précise que « les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs [et que] dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre de salariés ».

⁴⁵ Selon les articles D4622-48 à D4622-53 du code du travail, les services de santé font l'objet d'un agrément attribué par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, après avis des médecins inspecteurs pour une période de cinq ans renouvelables.

« Les retours qu'on avait des gens qui avaient fait l'enquête... Ils m'ont dit le temps qu'ils avaient passé dessus et ça a joué.... Des médecins qui avaient fait l'enquête avant... **On s'est dit : on ne va jamais pouvoir faire digérer ça aux entreprises !** C'est cette addition des choses en fait. Déjà que je ne suis pas quelqu'un de très rapide dans mes visites. Je prends déjà du retard comme ça, donc voilà, **j'ai eu peur**... ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Si les directions des services contredisent peu ou pas la décision des médecins de participer aux enquêtes, elles ne se révèlent pas non plus être un support impliqué dans la collecte. Face aux demandes et pressions des entreprises, les médecins ne se sentent pas soutenus par leur direction. Cette situation semble d'ailleurs courante et intériorisée puisqu'aucun médecin interviewé n'a été se plaindre des retours des entreprises à la direction. Ils n'osent pas s'investir dans une activité pour laquelle ils savent qu'ils vont devoir subir les plaintes des entreprises. Néanmoins, les lauréats ont bénéficié de directions de service plus impliquées dans la veille sanitaire que chez les abandonnistes et les ex-participants. Cela s'est traduit par la mise en place de projets de service concrétisés :

« Je trouve que c'est normal qu'on respecte nos projets de services. Le projet de service, c'est nous qui l'avons fait. Si on fait un truc et qu'on s'engage et qu'on ne le fait pas, c'est complètement nul. » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Le caractère vague de la mission de veille sanitaire⁴⁶ peut aussi expliquer le manque d'implication des services dans sa réalisation, tout comme sa volonté de laisser une liberté de décision aux médecins du travail.

2.3.3) Une absence de dialogue réel sur la participation à la collecte entre médecins et direction

De manière générale, on constate très peu de communication entre la direction et les médecins du travail au sujet de l'enquête. Aucune discussion n'a été amorcée sur le sujet durant le temps de l'enquête ou en amont pour 45 des médecins vus en entretien (sur 64). Ce taux est largement plus élevé chez les abandonnistes et ex-participants que chez les lauréats. Chez ces derniers, un peu moins de la moitié d'entre eux ont pu échanger avec leur direction sur la mise en place de l'enquête (15 sur 36). A l'inverse, 10 abandonnistes sur 12 et 14 ex-participants sur 16 ne se rappellent pas d'une discussion avec leur direction. Ceux qui relatent une discussion ne l'ont pas effectué directement, individuellement ou dans un cadre formel : la majorité l'a fait en réunion de service ; pour d'autres, elle a été réalisée par un collègue. A quoi est dû le manque de communication qui semble caractériser la relation entre les

⁴⁶ Voir la section 1.3.1 « la veille sanitaire, une mission mal comprise et peu réalisée ».

médecins du travail et la direction des services de santé au travail ? Certains enquêtés ont souligné la division stricte du travail qui s'opère entre les tâches administratives du service et médicales des médecins. Le manque de communication entre ces deux mondes viendrait du fait que chacun estime ses propres objectifs comme prioritaires. Si cette vision peut sembler dichotomique, il n'en reste pas moins que les directions des services incitent peu à participer à l'enquête SUMER et à faire de la veille sanitaire en général, selon les médecins interviewés. Cela est d'autant plus visible chez les abandonnistes et ex-participants. Cette tâche, pourtant devenue une des missions services de santé au travail, est prise en compte de manière très hétérogène au sein des organes de décisions.

Qu'est ce qui détourne les directions de leurs missions d'assurer la veille sanitaire ? Quelles sont les véritables préoccupations des directions ? Les réformes successives, si elles perturbent le travail des médecins, ne sont pas sans effet sur celui des services de santé au travail qui doivent également assurer leur mise en place. L'installation de la pluridisciplinarité dans les services interentreprises a nécessité l'organisation des équipes et le recrutement de nouveaux membres (infirmier.e.s, collaborateurs médecins, IPRP, internes...) alors que les médecins du travail sont de moins en moins nombreux. Ces tâches sont d'autant plus prenantes que la nouveauté de la situation engendre de l'instabilité récurrente ; c'est en tout cas ce qui ressort de nos entretiens :

« La directrice nous a laissé libres, ne nous a pas poussé, ni poussé à le faire, ni à ne pas le faire. Je crois qu'elle était elle-même à ce moment-là....Elle avait d'autres questionnements, des questionnements sur comment recruter... je crois qu'elle est très... qu'elle est sous pression à cause des difficultés liées aux départs en retraite et aux recrutements. » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

La constatation de turn-over au sein des équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail est récurrente dans les entretiens réalisés. Trop occupés à répondre aux besoins de recrutement, on peut penser que les services ont du mal à prêter attention au déroulement de la collecte.

2.3.4) Une absence de moyens complémentaires pour aider à la participation

L'idée de « prendre les moyens déjà existants »...

Face à l'absence d'implication qui transparait de certains services de santé au travail pour la mission de veille sanitaire, que ce soit en termes de communication ou de préparation de la

collecte, les médecins volontaires ont dû composer avec les moyens existants. Pour certains, cela a été un facteur d'abandon. D'autres se sont emparés des « moyens déjà existants » et ont organisé leur collecte :

« Je pense que la directrice a conseillé de le faire, mais ce n'est pas ça qui m'a incité à le faire ; moi je voulais le faire et on a pris les moyens qu'il fallait pour le faire. Elle n'a pas été amenée à nous donner des moyens particuliers mais on a pris les moyens qu'il fallait. Pareil on n'a pas demandé à qui que ce soit [...] On a rien demandé à personne on s'est donné les moyens de temps nécessaire pour le faire. Aussi bien les secrétaires que les médecins, je ne peux pas dire qu'on nous a donné les moyens. ». Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

« [Quels moyens aviez-vous à disposition ?] Les mêmes moyens que d'habitude, l'assistante, et un peu plus de temps, un temps supplémentaire que je me suis alloué moi-même pour pouvoir faire les examens en bonne et due forme ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Les moyens déjà existants font référence à ceux fournis pour les activités quotidiennes des services de santé au travail : équipe pluridisciplinaire, moyens informatiques, temps... Dans la mesure où l'enquête SUMER nécessite un investissement relativement important, ces aides sont précieuses (mais pas toujours suffisantes) : l'appui de secrétaires ou infirmier.e.s semble pertinent pour déléguer le travail en amont, pendant ou après le remplissage du questionnaire. La possibilité de faire refaire les fiches d'entreprises ou des études de poste par des membres de l'équipe pluridisciplinaire a été une aide très appréciée pour certains médecins. De plus, la présence d'outils informatiques permet de remplir le questionnaire sur l'ordinateur, tandis que la possibilité de moduler librement son emploi du temps permet d'organiser la collecte :

« Par exemple, personne n'a vérifié mes consultations ! Evidemment que je peux prendre une heure si j'ai envie, la planification est libre, les outils informatiques ou de secrétariat où l'infirmière ou d'AST, en gros, je les ai eu. Après, ça répond pas à tous les embêtements que ça donne mais c'est plutôt qu'on est libres d'organiser notre temps. Je n'ai pas de pression pour faire plus de visites, ou moins de choses apparentées ! On me dit pas de faire des enquêtes, ce n'est pas la priorité, on me l'a jamais dit, je l'ai jamais entendu... » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

« On réservait une heure, c'est tout, mais le service n'a pas donné plus de temps, mais de toute façon ça voulait dire que ce jour-là, on voyait une personne de moins.... Voilà c'est tout! » Lauréat, pays de la Loire, service interentreprise, femme.

La possibilité de bénéficier de ces moyens déjà existants constitue sans aucun doute un facteur de participation et de réussite de l'objectif de collecte. Tous les médecins n'en ont pas eu l'occasion, notamment les abandonnistes et les ex-participants. Les médecins enquêtés rapportent d'ailleurs en grande majorité une absence de promotion de l'équipe pluridisciplinaire par les directions des services pour réaliser la collecte.

De manière générale, les enquêtés reconnaissent la liberté d'actions dont ils disposent dans leur travail quotidien. Ils parlent souvent de « liberté » ou d' « autonomie » laissée par les directions pour qu'ils s'organisent. Si plusieurs en remercient la direction, certains estiment que cette situation est légitime :

« Le directeur a peut-être incité mais si il incite, je dis non : il n'est pas compétent pour savoir ce que j'ai à faire ! » Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

« Notre directeur, il ne se mêle pas de notre travail ! Il va ni pour, ni contre, on lui dit qu'on fait, on lui dit qu'on ne veut pas faire, on ne fait pas. Il y a quelques années, il était embêtant parce qu'il ne voulait pas trop qu'on allège nos plannings pour faire SUMER. J'avais fait l'édition d'avant, on avait réussi à la négocier et il a accepté qu'on allège nos plannings, ce qu'il refusait souvent avant. C'était juste infaisable ! Maintenant, depuis l'édition précédente 2009-2010, ça s'était mieux passé. Après, il faut lui expliquer les choses il faut argumenter, lui donner les bons arguments pour qu'il révise son point de vue » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Outre la volonté de revendiquer leur indépendance, ce constat nous apprend plusieurs choses : dans un premier temps, bien que les médecins du travail soient salariés des services de santé au travail, ils semblent bénéficier d'une grande « autonomie » dans leur travail. La direction leur a laissé la liberté de s'organiser comme ils le souhaitent. Cette liberté est vue comme une aide indirecte de la direction ; il leur revient la responsabilité de « prendre de [leur] temps » pour faire l'enquête et de « se débrouiller » avec. Or, cette marge de manœuvre, si elle n'est pas accompagnée de moyens adéquats, peut s'apparenter à une forme de « travail empêché ». L'« autonomie » dont les médecins disposent peut donc être ressenti comme une contrainte, plus que comme un avantage. Les médecins du travail estiment qu'elle ne peut se suffire à elle-même. Ceux-ci déplorent en effet le manque d'implication de leur direction en termes de moyens mis en œuvre et de promotion de l'enquête au sein du service. Ce regret est émis sans distinction de profil : la collecte nécessite la mise en place de moyens complémentaires à ceux dont disposent les membres des équipes pluridisciplinaires dans leurs tâches quotidiennes.

...mais ne pas « donner de moyens complémentaires »

Les médecins entendus en entretien témoignent du manque de moyens alloués pour réaliser SUMER. Ce sentiment prédomine chez tous les profils de médecins, mais est particulièrement fort chez les abandonnistes et les ex-participants. Si la réforme des services de santé au travail met l'accent sur la mission de prévention primaire et de veille sanitaire, les médecins estiment qu'ils ont dû se « débrouiller » tout seuls pour réaliser la collecte de

données SUMER. De manière générale, les enquêtés estiment avoir eu peu de moyens humains, informatiques, financiers et de temps pour participer à l'enquête. La totalité des ex-participants, 10 abandonnistes sur 12 et 25 lauréats sur 36 interrogés notent qu'aucun moyen ne leur a été alloué :

*« Rien ... pas de moyens ! C'était « on se débrouille », pas de facilitation comme d'habitude ! Il n'y a pas eu de moyens particuliers... Après, tu peux demander à ton équipe pluridisciplinaire qu'elle t'aide. J'ai insisté beaucoup pour avoir de l'aide sur les risques chimiques mais ça a été très compliqué et ça a duré longtemps et du coup j'ai dû reculer en fin de compte les renvois du questionnaire parce que je n'avais pas eu la partie risque chimique [...] **c'est carrément se débrouiller : si tu veux le faire, tu le fais mais il faut être vraiment motivé!** ».* Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

*« **Ce n'est pas l'intérêt de l'enquête qui est en cause, c'est véritablement les moyens, le manque de moyens que nos services ne prennent pas en compte... Ou si, sans doute, qu'ils le prennent en compte mais en tout cas il n'y a pas de solution qui est apportée** »* Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

*« J'ai pas vu qu'ils nous avaient proposé du temps supplémentaire, ils nous disent vous pouvez le faire mais **vous vous débrouillez**, vous prenez du temps. Mais bon, après toutes les visites urgentes, on fait comment ? »* Ex-participant, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Seuls 13 médecins interviewés disent avoir bénéficié de moyens humains (infirmier.e.s et assistant.e.s) et de temps mis en place par la direction. Ces résultats nous apprennent plusieurs choses : d'une part, les directions ont déployé peu ou pas de moyens pour participer à la collecte et la mener à terme. Cette décision découle parfois d'un argumentaire budgétaire :

« Il n'y a pas d'équipe pluridisciplinaire. [...] Ils ne veulent pas, ils n'ont pas les moyens. Ils ont fait les comptes et ce n'est pas possible d'avoir une équipe » Abandonniste, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, homme.

D'autre part, ce sentiment est plus fort chez les abandonnistes et ex-participants, ce qui signifie que les lauréats bénéficient plus facilement de conditions favorables à la réalisation de la collecte. Il est également possible que les abandonnistes ou ex-participants aient une perception moins positive de leur service, à l'instar de la perception de leur temps de travail. Le soutien de la direction peut donc être un facteur de l'engagement des médecins, sans en être un déterminant nécessaire et suffisant. Paradoxalement, s'ils n'ont pas pu bénéficier de moyens complémentaire, les médecins n'ont quasiment jamais demandé à la direction de les soutenir davantage. Ils n'ont pas demandé de moyens complémentaires :

*« **Quels sont les moyens qui ont été mis à la disposition des médecins pour participer à l'enquête?** -Encore une fois non... enfin pour mon expérience à moi je n'ai pas eu... mais je n'ai pas spécialement non plus demandé quelque chose à ma direction donc... »* Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Dans ce contexte, la mission de veille sanitaire ne semble pas trouver sa place au sein des services de santé. Ce constat est d'autant plus vrai que l'implication des directions des

services et des organes de concertation (CMT) joue un rôle non négligeable dans la participation des médecins et la réussite de l'objectif de collecte. Un grand nombre de médecins estiment que les moyens font défaut. Or, la direction des services de santé au travail, d'une part, est responsable de l'allocation de moyens aux professionnels de santé afin de remplir leurs tâches, et d'autre part, doit contribuer à la mission de veille sanitaire et de traçabilité. Le discours positif sur l'enquête par les directions de service ne serait donc qu'un affichage politique.

L'intensification et la complexification du travail des médecins limitent la participation des médecins volontaires dans un contexte d'instabilité au sein des services de santé au travail. Les réformes successives ont ébranlé le fonctionnement de la médecine du travail en mobilisant de nouveaux acteurs et réorganisant le travail des médecins. Ces derniers, dont la profession est vieillissante, doivent composer avec une augmentation de leur charge de travail et le cumul de nouvelles missions. Or, un manque de moyens considérable les empêche de réaliser leurs tâches quotidiennes et des missions plus ponctuelles, telles que la veille sanitaire. Par ailleurs, l'incitation à participer aux enquêtes de veille est majoritairement due à la seule initiative du médecin du travail et non des services de santé. Ceux-ci doivent pourtant répondre à leur mission de veille sanitaire. Il existe un écart important entre les discours des directions (et par l'intermédiaire de Présance) autour de SUMER et la réalité. Si les directions portent un discours favorable à l'implication des services dans la collecte des données SUMER, leur mobilisation est peu visible et inégale. Elle se traduit par très peu de communication sur l'organisation de la collecte ainsi que par une absence de moyens matériels, humains ou de temps alloués à cet effet. Or, cette mobilisation semble faciliter l'engagement des médecins enquêteurs, qui se sentent alors soutenus dans leur démarche. Les moyens humains alloués semblent particulièrement importants dans la réussite de l'objectif de collecte et sont d'ailleurs valorisés par les médecins volontaires. On constate qu'une appropriation de cette mission par l'ensemble des services de santé au travail (direction, CMT...) est indispensable pour assurer l'engagement des médecins volontaires :

« L'enquête SUMER nécessite qu'elle soit portée par les entreprises ; si c'était une enquête portée par la haute direction de A. tous mes collègues s'y plieraient ». Abandonniste, Grand Est, service autonome, homme.

PARTIE 3 : Les conditions d'engagement des médecins

Après avoir fait émerger les difficultés de participation des médecins du travail à l'enquête SUMER, cette troisième et dernière partie s'attache à mettre en évidence les déterminants de leur engagement. Nous axerons plus particulièrement sur deux points : l'importance du collectif dans la réalisation de l'enquête et l'importance de réunir des conditions de collectes optimales. Ces axes d'étude ont émergé à partir d'une série de questions interrogeant les contours de la réussite des médecins, et notamment après l'analyse approfondie des caractéristiques des médecins dit « lauréats ». Alors que le protocole de l'édition 2016-2017 a été ouvert pour la première fois aux équipes pluridisciplinaires, sous le contrôle du médecin, on peut se demander de quelle manière la possibilité de réaliser l'enquête en équipe a joué sur la participation et la réussite de l'objectif de collecte ? Cette question nécessite de s'interroger de manière plus globale sur la coopération au sein des services et entre les différents acteurs de la santé au travail (3.1).

Par ailleurs, alors que nous venons de détailler les facteurs d'abandon des médecins du travail, nous nous demanderons si les médecins lauréats sont ceux qui sont épargnés par des conditions de travail qui deviennent plus intenses et complexes avec une direction particulièrement impliquée. S'il semble que certains se caractérisent par des conditions de travail facilitant leur participation, d'autres doivent faire face aux mêmes problématiques d'ordre organisationnel. Il paraît alors pertinent d'interroger la trajectoire professionnelle de ces lauréats, ainsi que leur rapport à leur métier et leurs missions, pour comprendre leurs motivations (3.2). Cette partie est l'occasion de mettre en avant les bonnes pratiques permettant l'engagement des médecins volontaires dans la collecte SUMER.

3.1) La coopération au sein du service de santé au travail

Depuis 2002, la pluridisciplinarité est une obligation réglementaire pour les services de santé interentreprises. Cette dynamique vise à compléter les compétences médicales par des compétences techniques et organisationnelles⁴⁷. L'embauche de pluridisciplinaires est devenue une réalité au sein des services de santé au travail : en 2017, 82% des médecins

⁴⁷ C'est ce qu'on appelle l'entretien infirmier. Voir l'article R. 4623-14 du code du travail.

déclaraient la présence d’infirmier.e à leur côté (tableau 5). En 2010, ils n’étaient que 29%, la présence d’infirmier.e étant uniquement dérogatoire. De même, 72% déclaraient la présence à la fois de secrétaires et d’infirmier.e en 2017, contre 29% en 2010. Depuis la dernière édition, le quotidien des médecins du travail bénéficie d’une augmentation de la présence de secrétaires (+5pts) et notamment de personnel infirmier (+40pts) dans tous les services de santé au travail. Dans les services interentreprises, où l’évolution est très marquée, cela traduit la dynamique en faveur de la pluridisciplinarité médicale. Par ailleurs, 93% des médecins de notre échantillon déclarent la présence d’IPRP dans leur service. Le temps de travail des membres de l’équipe pluridisciplinaire peut être variable d’un service à l’autre. En 2017, les infirmier.e.s, et notamment les secrétaires, sont très présent.e.s auprès des médecins : 81% des secrétaires travaillent à 75% et plus d’ETP et la moitié des infirmier.e.s travaillent à 50% et plus d’ETP. A l’inverse, 64% des IPRP sont présents 50% ou moins du temps de travail.

Tableau 5 : Composition de l’équipe pluridisciplinaire dans l’ensemble des services de santé au travail par édition

Présences des professionnel.le.s de santé (%)	Service interentreprise		Service autonome		Ensemble	
	Edition 2010	Edition 2017	Edition 2010	Edition 2017	Edition 2010	Edition 2017
Présence secrétaire :						
oui	96	98	45	67	83	88
non	4	2	55	33	17	12
Présence infirmier.e :						
oui	28	81	92	91	42	82
non	72	19	8	9	58	18
Présence infirmier.e et secrétaire :						
oui	27	80	38	62	29	72
non	73	20	62	38	71	28
Présence IPRP :						
oui	-	93	-	47	-	73
non	-	7	-	53	-	27

Source : base de données « questionnaire médecin » des éditions 2010 et 2017.

Plus particulièrement, si les médecins de services interentreprises ont toujours bénéficié de l’aide de secrétaires (ils sont sur-représentés parmi les médecins travaillant avec une secrétaire en 2010 comme en 2017), ils sont bien plus nombreux à travailler avec un.e

infirmier.e en 2017 (81% avec infirmier.e contre 19% sans) qu'ils ne l'étaient en 2010 (28% avec infirmier.e contre 72% sans). Cette réalité du terrain a été prise en compte dans la méthodologie de l'enquête SUMER de sorte que certaines parties du questionnaire puissent être renseignés par les infirmier.e.s ou les IPRP. Selon le guide de collecte 2016/2017, le médecin du travail reste cependant le référent de l'enquête, le coordinateur de la répartition des questionnaires et le responsable des informations inscrites. La possibilité de déléguer une partie du questionnaire a-t-elle été saisie par les médecins volontaires ? Le soutien des équipes pluridisciplinaires a-t-il favorisé la participation des médecins enquêteurs d'une part, et leur réussite d'autre part ? Si oui, comment se compose une équipe qui « fonctionne » ?

3.1.1) Le soutien d'une équipe stable, formée et impliquée

Les services interentreprises⁴⁸ sont riches des compétences médicales et pluridisciplinaires non-médicales (ergonomie, toxicologie, organisation du travail...) pour répondre à leur mission de prévention. En prenant en compte les équipes pluridisciplinaires dans la méthodologie de l'enquête, certaines parties du questionnaire ont pu être déléguées sous la responsabilité du médecin du travail, référent de la collecte : il décide de la répartition du remplissage des questionnaires entre les membres de l'équipe. Les compétences des infirmier.e.s, collaborateurs médecins et IPRP peuvent être mobilisées sur des questions, expositions ou secteurs d'activité qu'ils maîtrisent. Dans les services affiliés à la MSA (Mutualité Sociale Agricole), un protocole a été rédigé à cet effet. Il prévoit que le personnel infirmier remplisse *« ce qu'il pourra [...] dans le cadre d'un entretien infirmier dérogatoire tandis que le médecin ne devait pas déroger à la rédaction de la partie « jugement du médecin » sur le poste de travail et sur les mesures de prévention dans l'établissement »*. Cette possibilité de déléguer a été pensée de manière à alléger l'implication des médecins et répondre à leur charge de travail. Le constat unanime tiré de nos entretiens est que tous les médecins volontaires avaient l'intention de profiter de la possibilité de déléguer des questionnaires aux membres de leur équipe. Cela a d'ailleurs été un argument utilisé par les MIRT pour convaincre les médecins de participer :

« J'étais complètement abattu en voyant la complexité [...], je me suis dit oh là j'embarque les papiers pour rien, c'est du gâchis ! Et là, Erick qui m'a dit oui oui oui, tu peux largement donner tout ou quasiment tout aux infirmières, bon et puis ce qui compte, c'est que tu aies lancé le truc.

⁴⁸ A la différence des services autonomes, non concernés par la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire.

J'ai dit bah oui ok on fait ça, on verra bien [...] Sans ça, j'y serai pas allé » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Les modalités de mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire semblent être hétérogènes. L'analyse des entretiens a permis de comptabiliser la composition des équipes pour chaque profil de médecin. Dans les faits, tous les médecins interrogés n'ont pas été épaulés par un ou plusieurs autres acteurs de la santé au travail. Or, la présence de personnel aux côtés du médecin enquêteur semble être synonyme de participation à l'enquête et de réussite de l'objectif de collecte. Ainsi, on constate que les lauréats enquêtés sont majoritairement mieux pourvus en personnel que les abandonnistes ou ex-participants. 32 lauréats sur 36 disposent d'infirmier.e.s et 31 de secrétaires⁴⁹ (tableau 6). Un peu plus de la moitié des abandonnistes travaillent avec un.e infirmier.e (7 sur 12) dont la majorité est à mi-temps. Tous bénéficient généralement de la présence de secrétaires à leur côté.

Il est intéressant de constater que les IPRP et les collaborateurs médecins restent peu nombreux dans les services quel que soit le profil de médecin. Ces résultats nous amènent à penser qu'avoir l'appui de personnel facilite la participation et la réussite de la collecte.

Tableau 6 : Composition des équipes pluridisciplinaires des médecins vus en entretiens

Composition des équipes par profil (effectifs)	Ex-participant	Abandonniste	Lauréat	TOTAL
Infirmier.e	12	7	32	51
<i>un.e infirmier.e et plus</i>	6	2	20	28
<i>moins d'un.e infirmier.e</i>	6	6	12	24
Secrétaire	16	9	31	56
<i>un.e secrétaire et plus</i>	16	6	25	47
<i>moins d'un.e secrétaire</i>	0	3	6	9
IPRP	5	6	9	20
collaborateur médecin	0	1	4	5
Médecins vus en entretien	16	12	36	64

Source : Données tirées des 64 entretiens réalisés auprès des médecins « ex-participants », « abandonnistes » et « lauréats ».

Ce constat se vérifie dans les discours des médecins enquêtés. La majorité des lauréats ont réalisé la collecte en équipe (14 sur 36 l'ont effectué seul). Ils y voient d'ailleurs la raison de la réussite de l'objectif de collecte pour un peu moins de la moitié d'entre eux (16 sur 36) et font l'éloge du travail en équipe. Les quelques enquêteurs qui n'ont pas pu compter sur le

⁴⁹ Dans le cadre de l'analyse de nos entretiens, nous avons regroupés les secrétaires et les assistant.e.s sous la même dénomination dans un esprit de simplification.

personnel des services estiment qu'ils ont réussi à finir la collecte au prix de nombreux efforts et ne comptent pas réitérer l'expérience à moins d'avoir l'appui de leur équipe.

« Si je dois le refaire, je ne le refais pas toute seule. Si l'IDEST veut le faire, ok, sinon, je ne le refais pas » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

La délégation du travail de collecte est donc vue comme un moyen de répartir la charge de travail liée à l'enquête sur plusieurs individus et ainsi de réduire les risques de réaliser une collecte partielle. En effet, certains lauréats se sont considérablement déchargés sur leurs équipes, sans lesquelles ils n'auraient pas atteint leur objectif de collecte. Par exemple, ce médecin n'a réalisé qu'un questionnaire sur 30, les autres ayant été répartis entre deux infirmières, qu'il estime responsables de la réussite de l'objectif de collecte :

« C'est les infirmières ! Elles n'auraient pas été là, j'abandonnais en cours de route ! Ça m'aurait sérieusement embêté à double titre : je recommençais l'erreur de la première fois. Effectivement, Erick avait raison, ça pouvait être fait par les infirmières, je n'aurais même pas été capable de faire ça, j'aurais été très déçu que ça ne se fasse pas ! » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, homme.

Certains médecins ont par ailleurs délégués la collecte partiellement ou entièrement aux collaborateurs médecins. L'enquête SUMER a été pour eux un réel apprentissage du questionnement des salariés sur leurs expositions professionnelles. Cet objectif pédagogique a été envisagée par tous les profils de médecins.

A l'inverse, les abandonnistes semblent avoir été relativement peu soutenus par leur équipe : plus de la moitié indiquent que leur désengagement est dû à l'instabilité de l'équipe, à l'absentéisme ou au manque de concertation et d'entente avec l'équipe (7 sur 12). Une équipe instable est synonyme d'impossibilité de déléguer et d'augmentation de la charge de travail avec l'arrivée de nouveaux professionnels à former. De ce point de vue, l'ancienneté des membres de l'équipe, ainsi que leur connaissance des entreprises et populations suivis sont de véritables atouts dans la volonté de réaliser l'enquête⁵⁰ :

« La composition de ton équipe, elle est comment ? Justement, c'est la raison pour laquelle on a abandonné, parce que..., en fait, on avait un médecin en moins, une infirmière en congés maternité puis parental et donc... on avait pas d'ASST et donc, on était : moi médecin à 60%, une infirmière à 80%, pour les 3 secteurs, donc, on s'est dit on pourra pas, on pourra pas y arriver [...] au début on s'est dit on va essayer, mais on s'est rendu compte que ce ne serait pas possible ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« et ben c'était compliqué parce que j'ai une AST mais que je partage avec l'ensemble des médecins du centre, l'autre AST qui pareil, a un temps restreint sur V., et elle était en arrêt maladie et à ce moment-là au début de SUMER en cours de route, j'ai une infirmière qui est venu m'épauler et donc il y avait toute la partie mise en place du travail avec l'infirmière qui venait d'arriver et qui n'était pas encore formée en Santé Travail et pour laquelle il fallait

⁵⁰ Voir section 2.1.

faire le protocole d'activité en commun avec le médecin, donc pareil il fallait travailler ça avec ma secrétaire, ça nous a pris beaucoup de temps et c'est ce qui a un peu fait que du coup j'avais pas assez de temps à dégager ». Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Enfin, le manque de concertation avec l'équipe ne permet pas de répartir de manière optimale les visites dédiées à l'enquête et entraîne un renoncement à participer.

Plus que des professionnels présents, il faut aussi des professionnels investis et impliqués dans la réussite de la collecte. A l'instar des médecins, ce sont parfois les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui ont insisté pour participer, enrôlant le médecin au passage. A l'inverse, le manque de volonté de la part de l'équipe est rédhibitoire. Ainsi, la présence de personnel de santé plutôt ancien dans le service pour avoir été formé et connaître les entreprises suivies, investis auprès du médecin dans l'enquête et dans la veille sanitaire, est un facteur important de la participation des médecins et de la réussite de la collecte. Cette mobilisation répond cependant à des dynamiques qui ne permettent pas un engagement homogène des différents acteurs de santé.

3.1.2) La participation active du trinôme (médecin, infirmier.e et secrétaires)

S'il est clair que la présence de personnel est un soutien à la participation des médecins enquêteurs, la mobilisation des membres de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas homogène et répond à des logiques spécifiques. Ces dernières sont liées à l'histoire des services de santé au travail et aux bouleversements qu'ils ont subis avec les réformes. Cette partie fait l'état des lieux de la participation de chacun pour comprendre de quelle manière l'implication des acteurs de santé favorisent ou non la réussite de la collecte de données.

Si le protocole de collecte mentionnait la possibilité de déléguer une partie du questionnaire aux infirmier.e.s ou de consulter les IPRP⁵¹, dans les faits, les médecins du travail se sont surtout appuyés sur les infirmier.e.s. Depuis la réforme, les médecins sont de plus en plus mobilisés sur les visites « problématiques » qui durent plus longtemps et nécessitent des connaissances approfondies sur les postes de travail. En parallèle les infirmier.e.s se voient déléguer les visites périodiques ou d'embauche considérées comme plus systématiques. Or, ces dernières sont les seules à être enquêtées, les visites

⁵¹ Guide de collecte 2016-2017.

« problématiques » (pré-repris, reprise, à la demande) étant exclues du protocole de collecte pour des raisons méthodologiques. La passation du questionnaire s'est alors fait dans la continuité de l'entretien infirmier lorsque l'enquêteur était l'infirmier.e. Ce constat nous apprend deux choses : d'une part, la délégation du questionnaire s'est fait dans sa totalité, et non sur certaines parties du questionnaire, comme prévu par le protocole de collecte. D'autre part, les IPRP ont été très peu sollicités.

Parmi les 22 médecins lauréats ayant travaillé en équipe lors de la collecte, 17 ont travaillé avec un.e ou deux infirmier.e.s et 3 avec des collaborateurs médecins (tableau 7). De plus, deux ont entièrement délégué l'enquête à leurs deux infirmier.e.s. Au total, on comptabilise 9 cas où les questionnaires sont été répartis équitablement (soit en binôme avec le médecin et l'infirmier.e ou collaborateur médecin, soit en trinôme, avec le médecin et deux infirmier.e.s). Le médecin du travail a rempli la majorité des questionnaires dans 9 cas sur 22 et dans 7 cas un.e ou les infirmier.e.s ont réalisé la plus grosse part. Ainsi, il existe une répartition du travail hétérogène entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour la majorité des cas vus en entretiens, la répartition du travail est relativement égalitaire entre le médecin et les infirmier.e.s (ou les collaborateurs médecins). La pertinence de la délégation du travail de collecte par les médecins du travail auprès des autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire semble validée.

Tableau 7 : Répartition du travail pour remplir les questionnaires chez les lauréats en 2017

Répartition des questionnaires (effectifs)	Lauréats
Médecin seul	14
Médecin et collaborateur médecin	3
<i>2/3 pour le médecin</i>	1
<i>1/2 chacun</i>	2
Médecin et infirmier.e.s	17
<i>90% pour le médecin</i>	2
<i>2/3 pour le médecin</i>	6
<i>1/2 pour le médecin</i>	4
<i>1/3 pour le médecin</i>	5
infirmier.e.s seul.e.s	2
TOTAL	36

Source : Données tirées des 64 entretiens réalisés auprès des médecins enquêteurs

La manière dont la répartition du travail a été effectuée nous apporte de nombreuses informations sur le fonctionnement global de la relation entre infirmier.e.s et médecins. Tout d'abord, les questionnaires ont été délégués entièrement et non divisés en fonction des questions accessibles aux infirmier.e.s. Si un.e infirmier.e. était chargé.e d'assurer la passation du questionnaire auprès d'un salarié, il.elle collectait l'intégralité des réponses. La répartition des salariés tirés au sort s'est fait en fonction des risques professionnels liés à leur poste de travail : plus le salarié est potentiellement exposé, plus il y aura de chances que le questionnaire soit traité par le médecin. A l'inverse, les cas considérés comme les plus « faciles » sont dirigés vers l'infirmier.e. La facilité du cas se décide en fonction de la technicité de l'exposition (risques chimiques) et du statut médical du salarié (surveillance médicale renforcée). Par ailleurs, la répartition des questionnaires se fait également en fonction du niveau de connaissance que l'infirmier.e a de l'entreprise. Enfin, l'organisation de l'agenda et de la localisation géographique des visites de l'infirmier.e ou le médecin orientent la répartition des questionnaires. Ces résultats nous apprennent que la réussite de la collecte nécessite une bonne organisation entre le médecin et les infirmier.e.s formé.e.s dont la relation est basée sur la confiance mutuelle.

Si les questionnaires ont été délégués dans leur intégralité, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas contrôlés par le médecin. Ce dernier restant le référent de l'enquête, la responsabilité des informations relevées par les infirmier.e.s lui incombe. Il a donc été pensé que les questionnaires délégués seraient relus par le médecin une fois les données restituées, ce qui a été fait pour la majorité des lauréats. Parmi les 22 lauréats ayant délégués les questionnaires, seuls deux n'ont pas relu ceux rempli par leur binôme. Ils ont jugé « faire confiance » d'autant plus que la répartition des questionnaires a été faite de manière à faciliter leur remplissage par leur binôme. Les trois médecins ayant délégués aux collaborateurs médecins n'ont pas renseigné de relecture ; on peut donc supposer qu'il n'y en a pas eu. A l'inverse, 9 ont effectué une relecture systématique des questionnaires, tandis que 7 ont relu partiellement. Dans ce dernier cas, il y a eu relecture pour les premiers questionnaires seulement ou si leur binôme avait des questions ou des difficultés à répondre.

Parallèlement au rôle essentiel joué par l'infirmier.e, le travail des secrétaires occupe une place importante dans l'organisation de la collecte. D'une part, il.elle.s réalisent le remplissage des quatre premières pages du questionnaire en amont du face à face avec le salarié. De plus, il.elle.s convoquent, accueillent ce dernier et se rendent disponibles pour

répondre aux questions liées à l'auto-questionnaire. Enfin, il.elle.s s'occupent souvent de la saisie informatique des questionnaires. Par ailleurs, une majorité d'entre eux.elles réalisent le protocole de tirage avec ou sans les médecins et infirmier.e.s pour déterminer la liste des salariés à questionner.

« Eh bien, c'est l'équipe, c'est-à-dire d'avoir le soutien des secrétaires pour convoquer parce que ça a été compliqué... Je pense qu'il faut qu'elles expliquent les difficultés de convoquer et puis surtout la secrétaire d'équipe a aussi fait de la saisie informatique des enquêtes avec l'infirmière, ce que je n'aurais pas eu le temps de faire donc c'est vraiment le travail d'équipe. Et puis, j'oublie, l'aide de l'infirmière qui a fait plus de la moitié des enquêtes. », Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

De manière générale, on peut dire que la partie administrative du travail de collecte leur est dévolue alors qu'elle représente une tâche chronophage et peu visible qui tend à dissimuler leur implication dans la collecte. Ce médecin souligne leur présence discrète au sein même de l'équipe pluridisciplinaire, alors que les IPRP sont souvent cités dans les conversations et non les secrétaires :

« Mais on a oublié les secrétaires, il faut quand même parler des secrétaires, on parle des équipes pluri, on n'évoque que les IPRP et c'est vrai que tout à l'heure je n'ai pas parlé de la secrétaire mais elle a son rôle aussi dans les convocations, dans le suivi, dans les tableaux... Le rôle de la secrétaire est aussi important, il faut aussi qu'elle s'implique. [...] Je ne suis pas bien sûre que pour les secrétaires ça a été bien pris en compte dans leur temps de travail... On dit toujours que les secrétaires ont du temps...mais ça prend beaucoup de temps de participer à ce genre d'étude. » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

Si les entretiens font état de la présence d'infirmier.e.s ou de secrétaires auprès du médecin, les IPRP sont peu cités par les médecins enquêteurs. Ils n'ont en effet été que très peu mobilisés pour réaliser l'enquête : seuls 4 lauréats ont demandé un complément d'information à un IPRP sur une question de l'enquête. De manière générale, les sollicitations extérieures pour approfondir des points liés au poste de travail ont été peu réalisées : seuls 9 lauréats sur 30 ont demandé à réaliser une AMT à la suite d'un questionnaire. Ils préfèrent à la place appeler directement l'entreprise ou solliciter un collègue médecin : ces solutions semblent ne pas nécessiter de contraintes administratives ou de temps comme c'est parfois le cas pour faire appel à un IPRP. La non-implication des IPRP dans la collecte de données peut être analysée de plusieurs manières : premièrement, le médecin sollicite des professionnels de proximité au sujet de l'enquête car cela prend du temps en amont et en aval (relecture et discussion). Ce critère est rempli par les infirmier.e.s et secrétaires qui sont quotidiennement aux côtés des médecins. Les IPRP, généralement divisés entre plusieurs services, sont peu visibles et disponibles. Cette distance fait que les médecins enquêteurs entretiennent des liens faibles avec les IPRP et osent peu les solliciter quand bien même ils auraient des questions

spécifiques sur lesquelles il nécessite un avis d'expert (notamment pour les risques chimiques).

A travers nos entretiens, il est clair que la collecte des données SUMER est réalisée à travers la coopération du médecin, de l'infirmier.e et des secrétaires. Le trinôme comprend marginalement d'autres professionnels de santé comme les collaborateurs médecins (13% des médecins volontaires travaillent avec un collaborateur médecin en 2017) ou les internes (14% des médecins volontaires travaillent avec un interne en 2017). Cette équipe, médicale, n'est pas entièrement pluridisciplinaire parce qu'elle exclut les IPRP, présents dans les services mais répartis entre plusieurs médecins : en 2017, 73% des médecins travaillent avec des IPRP, majoritairement à moins d'un quart d'ETP (51%) ou à plus de 3/4 d'ETP (31%). La tendance actuelle de croissance du personnel secrétaire et infirmier assoie ce noyau dur dans les services de santé. La secrétaire, collaboratrice historique des médecins du travail, était déjà majoritairement présente dans les services interentreprises avant l'introduction de la pluridisciplinarité. Le métier de secrétaire est donc ancré dans la pratique de la médecine du travail (pour 83% des médecins volontaires en 2010 puis pour 88% en 2017), notamment dans les services interentreprises (tableau 5). Entre 2010 et 2017, le gros de cette augmentation trouve sa source dans l'emploi de secrétaires à plus de 3/4 d'ETP. Ce constat traduit un renforcement de leur présence auprès des médecins. A l'inverse, les infirmier.e.s sont des acteurs plus récents des services de santé interentreprises (mais anciennement présent.e.s dans les services autonomes), tout juste légitimés en 2010. La croissance de la présence d'infirmier.e au sein des services (on passe de 42% des médecins volontaires avec infirmier.e en 2010 à près de 80% en 2017) et leur rôle essentiel dans la collecte marque d'une part, la consolidation de leur légitimité, et d'autre part, la place qu'il.elle.s occupent dans la réalisation des visites médicales et la veille sanitaire.

3.1.3) La mobilisation des confrères au sein du service

Le collectif de travail semble être un aspect fondamental de l'engagement des médecins à la collecte de données en Santé-Travail. Si l'équipe de travail constitue un moyen d'agir directement sur la charge de travail que représente la collecte, en déléguant les tâches à réaliser, l'implication des autres médecins du service est un stimulant non négligeable à la participation. Alors que 30 lauréats vus en entretien sur 36 ont des collègues participants, ils

ne sont que 10 ex-participants sur 16 et 3 abandonnistes sur 12. Ces derniers ne savent d'ailleurs pas toujours si leurs collègues ont participé ou non. L'émulation autour de l'enquête semble souder le service, comme l'explique ce médecin qui a déjà participé aux précédentes éditions :

« Ça c'était le côté collectif, on était embarqué les uns avec les autres on était sur un travail porteur c'était enthousiasmant donc ça, ça a motivé, ça a entraîné tout le monde à le faire. Et puis du coup, on se motivait les uns les autres parce que c'était lourd quand même, oui c'est lourd mais on se motivait c'était...un travail sympa, c'était un travail enthousiasmant, intéressant et sympa en terme d'équipe ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Il semble également que ce soit le soutien le moins formel et le plus direct qui favorise la participation des médecins volontaires, en témoigne le faible recours à des aides extérieures pour faire l'enquête :

« Non, je n'ai pas eu recours à Ipsos ; on s'arrange entre nous quand on a une difficulté comme d'habitude, on demande à Martine [MIRT de Grand Est] ; elle avait fait des enquêtes avant » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, femme.

« Comme on était plusieurs à le faire, on n'en a discuté entre nous et puis G. avait commencé avant, nous avons donc profité un petit peu de son expérience. [...] Je me suis appuyé sur mes collègues quand j'avais des difficultés. Il y avait plein de choses que j'avais oublié donc je me suis reposé sur mes collègues [...] En fait, ce qui nous a plu c'était le travail entre collègues ; on se reposait les questions entre collègues » Lauréat, Grand Est, service interentreprise, homme.

Les médecins volontaires préfèrent s'appuyer sur les individus qui partagent leur quotidien, et non des instances qu'ils n'ont pas l'habitude de côtoyer (le prestataire de collecte IPSOS, mais aussi les IPRP dans une moindre mesure, qui sont souvent partagés entre les différents médecins du service). Parmi ces acteurs de proximité, on retrouve aussi les MIRT, qui ont été les confrères ou consœurs des médecins volontaires avant leur nomination à l'IMT. La mobilisation des confrères passe également par l'aide des MIRT, relais officiels de l'enquête.

Le fait de réaliser une enquête nationale avec ses collègues semble être un moyen de décupler la motivation des médecins en réduisant l'abandon en cours de route. Cette réalité s'opère tant par la mise en place d'une dynamique collective à laquelle les médecins se sentent rattachés, que par la création d'un espace d'échange sur les pratiques ou les difficultés rencontrées. Ce retour d'expérience semble particulièrement appréciable et impulse une dynamique collective qui peut décider de la participation de services entiers. Par exemple, le MIRT de Grand Est a noté une participation très élevée dans un service avec 11 médecins volontaires sur un total de 24. Si ce taux exceptionnel peut en partie s'expliquer par l'inscription de l'enquête SUMER dans le CPOM et le projet de service, il semble que ce sont les médecins du service qui ont été particulièrement moteurs en affirmant leur engagement.

L'existence de ce collectif de médecins a permis d'une part, l'implication des acteurs de santé et d'une bonne partie du service dans la collecte, et d'autre part, une émulation autour de ce projet de groupe, rendant l'abandon peut acceptable. Pourtant, le recrutement de médecins volontaires semble difficile à réaliser pour certains collègues, qui le regrettent :

« J'ai essayé aussi de vendre la démarche à mes collègues, les bénéfiques pour une analyse de notre périmètre et pouvoir comparer aux résultats nationaux pour savoir où il est bon (de continuer) et si on est pas bon de mettre des priorités. Malheureusement les autres médecins quelle que soit l'ancienneté n'ont jamais participé à SUMER. C'est peut-être une culture d'entreprise tout simplement [...] Je ne dirais pas que ça a été un frein. Mais ça aurait pu vraiment être encourageant. Ils n'ont jamais fait SUMER ». Abandonniste, Grand Est, service autonome, homme.

A l'inverse, la coopération entre acteurs des services de santé au travail peut jouer en la défaveur de la collecte de données. Un exemple particulièrement parlant a été raconté par le MIRT de Bourgogne-Franche-Comté au cours duquel un ensemble de médecins et leurs équipes ont boycotté la formation parce qu'on leur avait demandé de ne pas tous venir faute de place : pour eux, c'était tout(s) ou rien ! Si la détermination impulsée par cette coopération semble si radicale et motrice, elle rend d'autant plus nécessaire la connaissance des collègues volontaires. Elle semble d'ailleurs recherchée par certains médecins :

« Et j'ai encore la liste de médecins qui avait participé en 2009. Pour 2016-2017, je ne sais pas du tout qui a participé. Je n'ai pas de listes, on avait la liste et justement, c'était très intéressant parce que ça permet de de ... on était quand même plus nombreux mais ça avait été publié par notre service et on savait qui faisait quoi... Là, non, pas de document identique pour 2017 » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Pour conclure cette sous-partie, il semble pertinent de revenir sur l'importance de la coopération au sein des services de santé dans la réalisation de l'objectif de collecte et l'engagement des médecins. Dans un premier temps, le collectif de médecins volontaires semble être un moyen de faire face au contexte de réforme pour, d'une part, favoriser l'engagement des médecins et, d'autre part, favoriser la réussite de la collecte et la mise en évidence des bonnes pratiques. L'implication des services, que ce soit en termes de moyens alloués et de collectif de travail, est un facteur essentiel de la participation des médecins du travail aux dispositifs d'enquête :

« J'avais participé à la précédente mais je n'ai pas participé à celle-là faute de temps. Je pense d'ailleurs que si le service avait été impliqué, on aurait plus de moyens pour pouvoir y participer ». Ex-participant, Grand Est, service interentreprise, femme.

Le trinôme est d'autant plus incité à participer à l'enquête et à maintenir les efforts de collecte qu'il existe un collectif au sein du service de santé au travail. Or, comme l'expose un ex-participant de Bourgogne-Franche-Comté, *« les médecins ne se voient plus, ils n'ont plus le*

temps ! ». La perte du lien collectif favorise la déconnection de l'émulation autour de la veille sanitaire et de la collecte des données SUMER :

« On a eu une année où on a été très replié sur nous-même parce qu'on a eu tellement de boulot, qu'on a pas pu trop aller à M., on n'a pas pu trop participer à la vie collective du service, et donc je ne sais pas comment le service s'est investi dans l'enquête. J'ai le sentiment qu'il ne s'est pas trop investi, que les gens ne pouvaient pas trop le faire mais c'est une impression personnelle ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

« Ici, la culture de service c'est chacun sa tambouille ! [Et une organisation a retravaillé avec vos confrères ?] Il y a des conflits, c'est la cours de récré ! Il faut se dépatouiller seul. Et embaucher une psy en interne ça couterait une fortune. Et une équipe plus étoffée, personne n'en veut ici. On est éclaté sur toute la Soane et Loire. Cinq médecins sur cinq sites différents, on ne se voit jamais ! J'ai l'impression d'être en libéral... » Abandonniste, Bourgogne-Franche-Comté, service interentreprise, homme.

3.2) La « volonté » d'aller au bout de l'enquête

Les lauréats constituent une catégorie de médecins volontaires hétérogènes dont leur engagement dans la collecte SUMER diffère. Au cours des entretiens réalisés, les réponses à la question « qu'est-ce qui vous a permis d'aller jusqu'au bout de la collecte ? » ont été particulièrement frappantes : « la volonté », « la détermination », « la ténacité », « l'engagement », « mon abnégation », « quand je commence quelque chose, je le fini »... Autant de verbatim qui soulignent que la participation des médecins passe par leurs qualités morales et professionnelles. D'un côté, ce champ lexical peut traduire la difficulté qu'ont rencontré les lauréats pour réussir leur collecte. De l'autre, il atteste du caractère victorieux de leur réussite. La réussite de l'objectif de collecte serait le résultat d'une force extérieure à l'organisation du travail. Ce phénomène est d'ailleurs amplifié par le contraste saisissant entre le discours de certains lauréats et des abandonnistes.

Que cache cette mise en scène de soi ? Les lauréats sont-ils vraiment des « sur-médecins » capables de surmonter les bouleversements organisationnels liés au contexte de réforme ? Que peuvent nous dire leurs conditions de travail ? Pour comprendre ce qui participe à devenir un lauréat, nous avons effectué une régression logistique à partir de notre base de données des questionnaires médecins volontaires (**annexe 4**). Il apparaît qu'en 2017 « toutes choses égales par ailleurs » en contrôlant le sexe, l'âge, l'ancienneté dans le service, la participation à l'enquête précédente, la composition de l'équipe de travail, la taille des effectifs suivis, le type de service et la région, les médecins travaillant entre 80% et moins de 100% d'ETP et ceux travaillant 100% d'ETP ont respectivement deux et trois fois plus de chance d'être lauréat

comparé aux médecins travaillant moins de 80% à ETP. De plus, en 2017, les médecins travaillant en services autonomes ont près de deux fois plus de chance d'être lauréat « toutes choses égales par ailleurs », comparé aux médecins travaillant en services inter-entreprises. L'âge des médecins du travail joue également sur la probabilité d'être lauréat puisque les médecins entre 51 et 60 ans et ceux de plus de 60 ans ont 1,4 et 1,7 fois plus de chance d'être lauréats en 2017 comparés aux médecins d'entre 41 et 50 ans. Enfin, de manière moins forte, il semble que la région affecte l'implication des médecins. Les médecins de Bretagne ont presque deux fois plus de chance d'être lauréat en 2017 par rapport aux médecins d'Auvergne-Rhône-Alpes, « toutes choses égales par ailleurs ». A l'inverse, les médecins de la Réunion et du Nord Pas De Calais Picardie ont trois et deux fois moins de chance d'être lauréat « toutes choses égales par ailleurs », comparé aux médecins d'Auvergne-Rhône-Alpes. Ainsi, selon l'étude statistique réalisée, le fait d'être lauréat dépend du temps de travail des médecins, de leur âge, du type de service ainsi que de la région où ils exercent.

En analysant les caractéristiques socio-professionnelles des lauréats vus en entretiens, il apparaît clairement que c'est une catégorie hétérogène. Une partie d'entre eux bénéficient de conditions de collecte et de travail particulièrement favorables, leur permettant de réussir leur objectif de collecte grâce à une organisation du travail plus clémente. D'autres, s'ils ne se distinguent pas par leurs conditions de travail, semblent animés par la passion de leur métier ainsi que la conviction que la veille sanitaire est une cause à défendre. Leur motivation serait donc tirée de la noblesse de leur profession et du sens qu'ils y trouvent. L'étude de ces différents profils de lauréats nous permettra, non pas de limiter cette catégorie de médecins à deux profils type, ce qui serait très réducteur, mais de mettre en évidence des comportements particulièrement favorables à l'engagement des médecins volontaires et la réussite de leur objectif de collecte.

3.2.1) Des conditions de travail facilitantes en termes de charge de travail, de soutien des services de santé et de coopération au sein des équipes.

Après analyse de nos entretiens, 26 lauréats sur 36 ont des conditions de travail qui facilitent relativement leur engagement dans la collecte. Plus spécifiquement, 11 d'entre eux cumulent les facteurs de participation : une charge de travail relativement peu intense par rapport à leurs confrères abandonnistes (moins d'effectifs par exemple), un soutien des

services de santé ainsi que de leur équipe de travail. Ces lauréats sont épargnés par la trop forte croissance des effectifs (une croissance nulle semble néanmoins peu envisageable, excepté dans les services autonomes⁵²) ainsi que par le contexte instable de réforme. Ils sont donc particulièrement bien dotés pour participer et réussir leur objectif de collecte.

Le cas des lauréats « sereins »

La combinaison des conditions et de l'organisation du travail des médecins volontaires nous apprend beaucoup sur les facteurs d'engagement et de réussite de la collecte des données SUMER. Les lauréats sont considérés comme étant les plus engagés dans la collecte puisqu'ils ont réussi leur objectif. A l'inverse, les abandonnistes englobent les médecins participants qui n'ont pas réussi à aller au-delà des cinq questionnaires ou qui ont renoncé avant le premier questionnaire. Ces derniers ont alors invoqué plusieurs éléments à l'origine de cette désaffection tels que le manque de temps, la surcharge de travail ou encore le manque de moyen fourni par les services de santé au travail. De manière générale, il ressort des entretiens réalisés que le protocole de collecte n'est pas en tant que tel une source d'abandon ; c'est la charge de travail considérable et le faible soutien des services et équipes dans la réalisation de l'enquête, qui le rend insurmontable. La participation des médecins enquêteurs ainsi que la réussite de l'objectif de collecte tient avant tout à un ensemble de facteurs cumulatifs.

Ce constat est particulièrement visible lorsque l'on étudie les services qui « fonctionnent ». Ceux-ci cumulent des facteurs en faveur de la participation. En particulier, deux médecins lauréats sont sortis du lot par leur perception positive de la collecte : ils l'ont considérée comme « *facile* » parce qu'ils « *avaient le temps de le faire* ». Ces verbatim sont exceptionnels car aucun autre médecin même lauréat ne qualifie la collecte de « facile ». Après analyse de leurs caractéristiques socio-professionnelles, il ressort qu'ils avaient des prédispositions facilitant la réussite de la collecte : le premier a la charge de 3 800 salariés en travaillant trente-neuf heures par semaine dans un service interentreprise avec deux secrétaires à temps plein ainsi qu'une infirmier.e à temps partiel (50%). Le deuxième travaille dans un service autonome à temps partiel à 80% avec deux infirmier.e.s pour le suivi de 1 250 salariés. Ces deux profils sont caractérisés d'une part par une charge de travail relativement moins important que les autres au vu du temps de travail et du nombre de salariés suivis, et d'autre

⁵² Voir le point suivant.

part, par le soutien d'une équipe médicale avantageusement composée. La décontraction de ces deux médecins à l'évocation de leur collecte tranche particulièrement avec le discours des autres enquêtés, conscients de leurs propres difficultés à réaliser l'enquête.

« A partir du moment où on commence une enquête comme ça on va jusqu'au bout et puis ça a été facile et nous on a eu très peu de non répondant et du coup ça t'incite à aller jusqu'au bout. Si tout le monde joue le jeu, que ton équipe joue le jeu, que les salariés jouent le jeu, que les employeurs aussi... », Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Si on regarde l'ensemble des lauréats qui a eu des facilités à effectuer la collecte, il semble que la majorité d'entre eux ont des conditions et un environnement de travail facilitants. Cette notion comprend une charge de travail moindre (peu d'effectifs pour un temps de travail élevé), ainsi que l'appui du trinôme médecin, secrétaire et infirmier.e formé et stable. L'étude statistique réalisée sur les médecins volontaires appuie cette idée : Le travail à temps plein est donc un facteur de la réussite de collecte pour l'édition 2017. Cela se confirme d'ailleurs par le fait que 74% des lauréats travaillent plus de 80% d'ETP. On peut l'expliquer par le fait que la charge de travail reste trop importante chez les médecins à temps partiel alors que la diminution de leur temps de travail devrait amener à une estimation à la baisse des effectifs suivis⁵³. Par ailleurs, le fait de combiner différentes activités ne permet pas de se concentrer sur une tâche considérée comme non prioritaire de la médecine du travail, ni de trouver suffisamment de temps pour coordonner la mise en place de la collecte :

« En fait, avec le recul, je me dis qu'avec un temps de présence aussi court au service [deux jours par semaine], autant MCP, c'est envisageable, autant SUMER, c'est trop chronophage pour rentrer dans notre organisation. Ce n'est pas possible ! » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

En outre, en équivalent temps plein, il est plus facile d'accorder du temps à des dispositifs d'enquête lorsque les effectifs suivis sont faibles. Parmi les médecins suivant 2 000 salariés ou moins, 65% étaient lauréats en 2017, contre 46% en 2010, soient une augmentation de près de 20 points entre les deux dernières éditions. A contrario, parmi les médecins suivant plus de 4 000 salariés, 64% étaient lauréats en 2017, contre 75% en 2010, soit une diminution de plus de 10 points. Cette tendance montre bien que le nombre de salariés suivis influence la réussite de la collecte des médecins volontaires. Ce résultat est à croiser avec l'accroissement des médecins du travail suivant plus de 4 000 salariés.

Enfin, notre enquête statistique auprès des médecins volontaires souligne le fait que la composition des équipes de travail est un élément facilitant la réussite de la collecte. En 2017,

⁵³ Voir section 2.1.3.

les équipes des médecins lauréats sont très majoritairement composées d'une secrétaire et d'un.e infirmier.e (70%), alors qu'elles sont composées pour plus de la moitié (52%) d'une secrétaire seulement en 2010. Ces résultats sont plus marqués dans les services interentreprises. Nous appelons ces médecins des « lauréats sereins » en raison de leurs conditions de travail favorables à la réalisation de la collecte des données, qui leur permettent de consacrer sereinement du temps à l'enquête :

« Pour faire une étude comme ça, il faut avoir un peu de temps, être un peu serein, il faut avoir envie, il faut y consacrer le temps nécessaire, il ne faut pas avoir trop d'obligation juridique je dirais réglementaire, à faire en parallèle quoi... Il faut pouvoir se mettre un peu entre parenthèse [...] pour se consacrer du temps pour SUMER, ce que je n'ai pas retrouvé cette année... » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Une forte proportion de ces médecins vient de services autonomes, connus pour fournir des conditions de travail moins intenses que les services interentreprises et être moins touchés par les réformes.

Le cas des services autonomes

En 2017, les médecins travaillant en services autonomes ont près de deux fois plus de chance d'être lauréat « toutes choses égales par ailleurs », comparé aux médecins travaillant en services interentreprises. Cette analyse, réalisée sur l'échantillon de médecins volontaire pour la dernière édition de la collecte, met en évidence l'importance du type de service dont sont issus les médecins volontaires dans la détermination de l'engagement et de la réussite de la collecte. Cela peut s'expliquer par la définition même du service autonome. Le code du travail impose aux employeurs d'organiser ou d'adhérer à un service de santé au travail. Si l'effectif de salarié atteint ou dépasse 500 salariés, l'entreprise organise un service de santé autonome au sein de ses établissements. A l'inverse, les services interentreprises cumulent les effectifs des entreprises déclarant moins de 500 salariés et peuvent subir une forte augmentation de leurs effectifs en fonction du nombre d'entreprises suivies. En 2017, 91% des services interentreprises suivent 3 000 salariés et 21% plus de 4 000 salariés. Dans les services autonomes, les effectifs suivis restent à un niveau relativement peu élevé : en 2017, 80% des médecins travaillant en services autonomes suivent 2 000 salariés ou moins.

La spécialisation de ces services de santé au travail sur une entreprise renforce leur capacité à s'approprier les spécificités de l'environnement de travail des salariés. Les populations qu'ils suivent sont plus homogènes qu'en service interentreprise. Les médecins de

ces services et leurs équipes ont une vision précise des conditions de travail des salariés et de leurs expositions professionnelles, ce qui leur permet d'agir au plus près des besoins de ces derniers.

« On n'a pas besoin d'aller sur le terrain pour vérifier des notions en service autonome. C'est facilement documenté » Abandonniste, Grand Est, service autonome, homme.

Ces équipes, principalement constituées d'infirmier.e.s, semblent plus apaisées (sont-elles moins victimes de turn-over ?) et stables. 90% des infirmier.e.s travaillent plus des 3/4 d'ETP. La part d'infirmier.e.s auprès des médecins de services autonomes est restée stable entre les deux dernières éditions de l'enquête, ce qui témoigne de l'ancrage des infirmier.es dans ces services. Le temps de secrétariat a été augmenté puisque la part de médecins travaillant en service autonome avec des secrétaires est passée de 45% en 2010 à 67% en 2017, soit plus de 20 points d'écart. Confrontés à des salariés relativement peu nombreux et issus de la même entreprise, le personnel semble profiter d'une meilleure connaissance des situations de travail de ces effectifs. De plus, les équipes des services autonomes semblent moins contraintes par les objectifs quantitatifs des services de santé au travail et semblent plus autonomes pour mettre en place des projets (Marichalar, 2011).

S'ils semblent avoir des conditions de travail plus facilitantes, les services autonomes sont également moins touchés par les réformes. En effet, ceux-ci ne sont pas concernés par certaines mesures mises en place dans les services interentreprises et ne subissent pas les bouleversements organisationnels de ces derniers. Ils ne se sont pas vu imposer des équipes pluridisciplinaires. Ils n'ont, de manière générale, pas eu besoin de mettre en place les modalités prévues par les réformes dans leur service. De plus, ils ont pu utiliser les anciens modes de tirage du protocole de collecte, comptabilisant moins d'efforts de réappropriation des modalités de tirage. La situation marginale des services autonomes, épargnés par la réforme, est visible quand on analyse la provenance des médecins volontaires de l'échantillon. En 2017, 27% des médecins volontaires travaillaient en service de santé autonome. Ils ne représentaient que 18% en 2010, soit une augmentation de près de 10% de la proportion (et non de l'effectif) de médecins volontaires travaillant en service autonome. La part des médecins volontaires venant de services autonomes s'est accru également chez les lauréats : 75% d'entre eux étaient lauréat en 2017, contre 58% en 2010, soit une augmentation de près de 20 points entre les deux dernières éditions. Ces chiffres permettent de conclure que ce type de service n'a pas subi la désaffectation des médecins du travail pour la collecte SUMER. Le fait d'être touchés par des réformes impacte l'implication dans la collecte, en témoigne le

recul des médecins travaillant en service interentreprise (en proportion) parmi les médecins volontaires et lauréats.

Pour résumer, on peut dire que les services autonomes offrent des conditions de travail facilitantes aux médecins du travail, qui peuvent accorder plus de temps à la veille sanitaire et à la collecte de données SUMER. Ces conditions se caractérisent par moins d'effectifs à suivre, une meilleure connaissance des entreprises et des postes de travail, moins de pression sur les résultats quantitatifs du service et plus de moyens humains et de temps pour réaliser des projets d'équipe. De plus, ils sont moins impactés par les réformes et les bouleversements organisationnels qui en découlent. A l'inverse, les médecins de services interentreprises sont soumis à des effectifs plus importants, à une faible mobilisation de leur direction dans leur participation à l'enquête et à des difficultés dans leur rôle de manager d'équipe qui entravent leur volonté réduisant leur possibilité de s'engager. Mais si les services autonomes semblent avoir des conditions facilitantes pour réaliser la collecte, ils seront néanmoins plus contraints par les perturbations internes aux entreprises qu'ils suivent, comme des restructurations qui limitent alors leurs marges de manœuvre pour s'investir dans une activité qui n'est pas directement liée à ces dynamiques internes :

« C'était très compliqué de se lancer dans ce contexte-là. Sans compter le fait que dans l'entreprise, il y a eu une vague de réorganisation où le médical était sollicité pour accompagner en interne l'entreprise. Bien que le temps était précieux, j'ai cherché, j'ai vraiment cherché comment intégrer ça [la collecte SUMER] dans mon quotidien et après je me suis interrogé sur la pertinence des réponses apportées par les salariés, alors que le contexte de l'entreprise est perturbé par un événement récent. » Abandonniste, Grand Est, service autonome, homme.

Dans notre échantillon d'entretiens, seul un abandonniste venait de service autonome.

3.2.2) L'investissement dans la veille sanitaire comme gage de réussite malgré des mauvaises conditions de travail (le cas des lauréats « volontaristes »).

Mais que penser des médecins lauréats qui ne bénéficient pas de conditions de travail favorables et ont pourtant réalisé leur objectif de collecte ? Chez les abandonnistes, le renouvellement de leurs missions et l'augmentation de leur charge de travail provoque une impossibilité de réaliser les tâches de prévention primaire et les actions en milieu de travail, ainsi qu'une activité clinique de plus en plus complexe. Dans ce contexte, la mission de veille sanitaire qui leur est dévolue semble ne pas trouver sa place au sein des services. Ce constat

est d'autant plus vrai que l'implication et le soutien des équipes pluridisciplinaires et des directions des services semblent jouer un rôle primordial dans la participation des médecins au recueil de données et à la réussite de l'objectif de collecte. Un grand nombre de médecins estiment que les moyens font défaut. Chez les lauréats « volontaristes », le manque de moyens informatiques, humains ou de temps ne semble pas être un problème. Parmi les médecins interrogés en entretien, moins de dix ont réussi leur objectif de collecte en cumulant ce qui est considéré comme des facteurs de désengagement chez les abandonnistes : un grand nombre de salariés suivis, une équipe peu stable, un service peu investi dans la collecte... Ils ont majoritairement peu ou pas du tout délégué les questionnaires à un.e infirmier.e. Quel est le moteur de leur « ténacité » ? Et si la détermination dont font preuve certains médecins vient de la conception particulière de leur métier et de leur mission de veille sanitaire ? Pour analyser ce phénomène, nous avons axé notre étude sur le discours de ces lauréats « volontaristes » et l'analyse d'un profil type.

Un devoir de faire de la veille sanitaire

Le temps consacré à la veille n'est souvent pas un temps officiellement reconnu par les directions des services de santé au travail. C'est souvent considéré « en plus » de l'activité des médecins, de l'activité clinique, et les résultats sont peu visibles localement. Or, cette activité est inscrite dans les missions des médecins du travail, qui « *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire*⁵⁴ ». La veille en santé-travail consiste donc à rassembler des données collectives (exposition, santé des salariés) sur une entreprise, un secteur d'activité, un métier et les faire connaître. Pour des médecins sensibilisés à cette mission ancienne, l'implication dans la veille sanitaire est perçue comme un devoir de la profession, gardienne du bien-être des salariés :

« Je pense que c'est un point essentiel, que c'est un devoir. Je trouve que c'est un devoir pour nous de pouvoir produire à notre niveau de produire des connaissances, qu'on est les seuls à apporter par notre connaissance et des salariés et du terrain et des entreprises » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Cette obligation morale est dictée par la définition de l'activité des médecins du travail et transcende les difficultés liées à leur charge de travail ou leur manque de moyens. L'idée est que la collecte de données en santé-travail est une responsabilité à mener à bien, quand bien même elle nécessite une réorganisation du travail des médecins et des efforts supplémentaires :

⁵⁴ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 – Article L 4622-2.

« Moi, ça me paraît incontournable quel que soit l'effectif [...] et je pense qu'il y a déjà 20 ans ou même en 94 je pense que les gens aussi disaient avec tout ce qu'on a à faire en médecine du travail, on n'a pas le temps de participer aux enquêtes, je crois que ça c'est le vieux débat. Alors maintenant c'est vrai que les gens sont submergés par des effectifs pléthoriques mais ça toujours été un faux fuyant. Moi je me dis que quel que soit l'effectif qu'on a, ça vaut le coup quand même de s'engager dans les enquêtes parce que ça fait aussi notre force, y a que nous qui puissions produire des connaissances comme ça ! Donc je ne comprends pas mes collègues et je suis complètement sidérée en fait. C'est plutôt les gens qui ont déjà fait SUMER plusieurs fois qui continuent à le faire et que les jeunes, sous des prétextes nobles de sur-effectifs, participent pas vraiment je trouve... » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Ce devoir se traduit généralement par un fort investissement dans les projets de services et les instances de concertation telles que le CMT. Par ailleurs, ces médecins s'inscrivent dans des réseaux d'information et d'action en santé-travail. Pour eux, l'implication dans la veille sanitaire est une mission si importante, au même titre que celle d'activité clinique, qu'ils demeurent sceptique devant la passivité de leur collègues :

« Moi, ce qui m'a un peu inquiété, c'est de voir aussi peu de jeunes et de voir que finalement on retrouvait tous les anciens, pas les anciens qui avaient jamais participé à rien, mais tous les gens qui avait participé à SUMER et à d'autres enquêtes comme P., D. Tous les gens qui avaient participé avant sauf quelques personnes et j'ai trouvé qu'il n'y avait pas beaucoup de nouveaux et je trouvais que c'était un peu dommage » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Ce verbatim souligne l'existence d'un noyau dur de médecins volontaires qui ont l'habitude de participer aux éditions successives de SUMER. Sur les lauréats vus en entretiens, 22 sur 36 avaient déjà participé à une édition antérieure dont 12 à au moins trois. Selon ces derniers, avoir déjà eu une expérience de ce type facilite considérablement l'implication suivante dans un dispositif de veille. L'évolution de la part des médecins participants n'ayant pas participé à l'édition précédente souligne cette idée : 60% des médecins volontaires n'ont pas participé à l'édition précédente en 2017 contre 65% en 2010. Malgré un bon taux de renouvellement des médecins volontaires, cette diminution, relativement faible, témoigne de la fidélité croissante des médecins à l'enquête SUMER. La force de conviction à faire de la veille sanitaire et l'expérience acquise au cours des nombreuses collectes effectuées semble faciliter la participation et la réussite.

Par ailleurs, ce verbatim relie les médecins volontaires à une certaine catégorie d'âge : les médecins les plus âgés seraient les plus assidus à la collecte de données, selon l'analyse de la régression statistique effectuée sur la base médecin. Il semble que la réalisation d'enquête en santé-travail est une activité majoritairement intégrée dans le quotidien de ces médecins, régulièrement effectuée et qui n'est pas à remettre en cause. On peut penser que ces médecins

ont été formés avec l'idée que le rassemblement de données est une facette à part entière de leur profession. Plus encore, il semble qu'ils font de la prévention primaire, via les enquêtes nationales, le sens premier de leur métier.

« Moi je trouve que les médecins sont pas suffisamment pertinents... Ils ne produisent pas suffisamment de connaissances au niveau scientifique et je pense qu'on a une vraie place, un vrai métier, je pense, une vraie utilité aussi et... et que c'est un peu dommage qu'on produise aussi peu de renseignements pour la collectivité en général » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Un engagement professionnel fort

Si la veille sanitaire est perçue comme un devoir et une mission essentielle du métier de médecin du travail, c'est parce qu'elle permet de mettre en valeur la profession et notamment sa portée humaniste et engagée auprès de la santé des salariés. En effet, le métier de médecin est tout d'abord un engagement, selon ces lauréats « volontaristes ».

*« [En parlant de comment elle remplit sa mission de veille sanitaire] j'essaie de faire ce que je peux au niveau des entreprises et puis, moi, **c'est de tout façon un engagement**, ça rentre dans nos missions en fait .puisqu'on doit aussi participer aux enquêtes épidémiologiques. **C'est notre mission** et puis je me dis que **c'est un devoir** et peut être que la médecine du travail avant que ce soit santé au travail a peut-être aussi souffert de son image peut-être parce qu'il y avait des gens qui n'étaient pas forcément motivé mais...Aussi je pense, on n'a pas su produire aux yeux de la collectivité des résultats scientifiques assez probants quoi, et que donc cette image de marque on se l'est trainé longtemps... je pense que c'est en train de changer » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.*

*« Cette locomotive [...] c'était **aussi notre conviction, notre engagement professionnel et je pense aussi politique**... on se sentait obligé de participer aux enquêtes [...] et puis je crois qu'aussi les relations de confiance....moi ça fait 20 ans que je suis sur le même secteur 24 ans maintenant et les relations de confiance qu'on a pu établir avec les salariés font aussi que ...qu'ils sont participants et qu'ils sont...je crois qu'ils sont contents qu'on s'intéresse à eux en fait » Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.*

A travers ces verbatim, il apparaît que la profession de médecin du travail est perçue comme un métier tourné vers les autres. On pourrait aisément faire un parallèle entre cette définition de la profession et le profil du médecin « militant » au sens d'Yvan Barel et Sandrine Frémeaux⁵⁵. Celui-ci, à l'inverse des médecins « biomédicaux », fait de la visite médicale un moment de dialogue avec les salariés et non une série d'actes médicaux. L'aspect social et humain prend le dessus sur la technicité de la procédure clinique :

« Alors en plus, j'ai un énorme défaut, c'est que j'ai fait médecine parce que les gens m'intéressent énormément et peut être qu'il y aurait d'autre boulot où j'aurais pris autant de plaisir parce que c'est vraiment des ...c'est vraiment une vie de plaisir en fait malgré les

⁵⁵ BAREL Yvan et FREMEAUX Sandrine, vers une médecine du travail préventive ?, Annales des Mines – Gérer et comprendre, n°122, 2015, p.4-12.

obligations, je pense que j'aime bien les gens...» Lauréat, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

De la même manière que le médecin « militant », ce médecin lauréat fait de la prise en charge individualisée du salarié le cœur de sa mission. Il relie aussi son métier à son « engagement professionnel et politique » en faveur des salariés qu'il suit. De ce point de vue, la prévention primaire, et les enquêtes nationales en santé-travail, sont un atout considérable pour améliorer la surveillance des expositions et risques professionnels, ainsi que l'état de santé des salariés.

Une implication dans la veille en santé-travail à entretenir

L'implication et le sens que trouvent les médecins du travail à faire de la veille sanitaire une priorité est un déterminant de leur engagement. C'est également un formidable moteur de projet en santé-travail au sein des services de santé au travail. Néanmoins, cet enthousiasme est à entretenir à défaut d'anéantir ce facteur de participation aux dispositifs d'enquête. Parmi les médecins volontaires interviewés, il semble que l'implication de certains se soit tarie avec le temps et l'âge. C'est notamment le cas des « ex-participants », médecins du travail ayant participé à l'édition précédente, sans avoir voulu réitérer l'expérience.

« J'aime beaucoup les inaptitudes mais ça me prend beaucoup de temps. A 65 ans, j'ai plus la gnaque pour faire autre chose [en parlant de SUMER] ». Ex-participant, Pays de la Loire, masculin, service interentreprise.

« Je ne participe plus que aux quinzaines MCP. Ce serait plus juste de dire ça, j'ai participé à tout ce qui existait et tout ce qui s'est fait dans le service jusqu'en 2013. Et maintenant que MCP parce que d'une part, je suis passée à 60% et puis d'autre part quand on s'investit beaucoup à un moment donné, on a l'impression de beaucoup ramer pour un petit résultat voir pas de résultat du tout, donc on se démotive ». Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Les ex-participants semblent plus âgés et proches de la retraite que les autres médecins enquêtés, argument qu'ils mobilisent souvent pour justifier leur non-participation. D'après leur discours, plutôt lapidaire et détaché, l'âge semble complexifier la réalisation de leurs activités, entraînant une lassitude profonde à l'égard des enquêtes, celles-ci nécessitant un minimum d'investissement. Ils semblent « avoir fait leur temps » et « avoir donné » dans la veille sanitaire. Il ne leur reste qu'un sentiment de « ras-le-bol », de « pas le temps » et la certitude que la relève doit prendre le relais :

« C'est surtout parce que je l'avais déjà fait une fois et comme c'est chronophage je ne le refaisais pas deux fois, voilà [...] et puis il y avait des médecins dans mon service qui ne l'avaient jamais fait, donc j'ai dit chacun son tour, un petit peu ». Ex-participant, Bourgogne-Franche-Comté, femme, service interentreprise.

S'ils sont majoritairement représentés par les ex-participants, quelques abandonnistes ou lauréats font état de leur essoufflement, actuel ou à venir, concernant la veille sanitaire. Les premiers parlent d'une perte d'émulation qui frappe les médecins du travail au fil du temps :

« On nous l'avait présenté d'emblée en nous disant que ce serait extrêmement lourd mais qu'il y aurait un intérêt majeur pour la précision et l'évolution des expositions professionnelles... Ça, en soi, c'était l'argument qui nous suffisait à l'époque... Maintenant, il faut autre chose, oui maintenant il faut autre chose... » Abandonniste, Pays de la Loire, service interentreprise, femme.

Si celle-ci serait due à la durée de leur engagement, on peut s'interroger sur le rôle joué par les conditions de travail ou la dilution de collectifs de travail au sein des services de santé dans leur désaffection : elles seraient peut être devenues trop dissuasives pour que l'intérêt commun reste le seul argument pour participer.

La perte d'émulation concernant la veille en santé-travail est pour certains engendrée par un facteur plus politique, lié aux récents bouleversements intervenant dans la médecine du travail. Ce phénomène intervient alors comme une protestation contre les récentes réformes. C'est du moins une des hypothèses évoquées par les MIRT et qui semble émerger de certains discours, de manière très minoritaire :

« J'avais commencé à regarder le tri des salariés... Bon, c'était compliqué parce que j'ai changé de secteur début 2016, et c'était très compliqué... Et parce que le ministère du Travail se fichant de nous avec cette fichue réforme, je me suis demandé pourquoi je me casserais la tête et que je prenais du temps, y compris sur mon temps perso parce que ça peut pas rentrer..., parce que pour faire le tri sur mon secteur c'était très compliqué, il y avait beaucoup de retard dans les visites périodiques... Donc je me suis dit puisque le ministère se fiche de nous pourquoi est-ce que je ferais un effort pour le ministère et c'est pour ça que j'ai arrêté ! Clairement, parce qu'on se fiche de nous ! On nous prend pour ...je ne dis pas pour quoi ! Je ne vois pas pourquoi je ferais cet effort là... » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

L'orientation donnée aux politiques de santé-travail ébranle la forte implication des médecins ; ils ne trouvent plus de sens dans cette activité de veille ni dans leur métier. Ces sentiments s'affirment dans le contexte de réforme qui parasite la détermination des médecins :

« Alors si on regarde la réforme comme un élément démotivant les médecins du travail, parce que c'est le cas, ça ne facilite pas la participation à SUMER ! C'est un élément.... en tant que collaborateur vous ne vous rendez pas forcément bien compte mais globalement.... Enfin je ne sais pas dans les autres services comment c'est, mais dans le mien on la vit globalement très mal cette réforme ! Donc c'est très démotivant, ça démotive plein de médecins... » Abandonniste, Grand Est, service interentreprise, femme.

Les lauréats sont une catégorie hétérogène qu'il nous faut analyser pour comprendre sous quels critères se recoupe l'engagement des médecins volontaires. Les médecins ayant plus ou moins réussi leur objectif de collecte cumulent certains facteurs de participation. Deux comportements extrêmes sont mis en évidence et renseignent davantage sur les canaux de mobilisation à solliciter. D'une part, les lauréats « sereins » bénéficient de conditions de travail particulièrement facilitatrices pour s'impliquer et réussir leur collecte : moins d'effectifs à suivre, un collectif de travail formé et stable, des moyens alloués par des services impliqués. A l'inverse des services interentreprises, les services autonomes semblent être l'idéal type qui réunit l'ensemble de ces critères permettant un bon taux de réussite parmi les médecins volontaires travaillant dans ces services. D'autre part, les lauréats « volontaristes » sont habités par un sens profond du devoir et une conception humaniste de leur métier, les poussant à s'investir davantage dans la veille en santé-travail. Cette implication se fait malgré des conditions de travail peu favorables à la participation et les distingue des abandonnistes par le sens qu'ils donnent à l'activité de veille.

CONCLUSION

Le contexte de réformes et de crise démographique est à l'origine d'une nouvelle organisation du travail et de la désaffection des médecins du travail. Les médecins interrogés dans le cadre de cette post enquête soulignent ce résultat, quel que soit leur profil. L'étude révèle dans un premier temps, la distance dont font preuve les ex-participants à l'égard de SUMER. Ces derniers jugent avoir « déjà donné » dans la veille sanitaire et souhaitent laisser la place aux « jeunes » générations. Leur âge et leur approche de la retraite est un argument fortement mobilisé pour légitimer leur éloignement de la collecte. Pour d'autres, leur refus de participer s'apparente à une forme de contestation contre la nouvelle réforme des services de santé au travail. Dans un deuxième temps, les abandonnistes se caractérisent par l'accumulation de facteurs favorisant peu la participation : effectifs croissants, peu de soutien des directions et instabilité des équipes pluridisciplinaires. Ils semblent submergés par les tâches quotidiennes à réaliser et ont renoncé à faire SUMER en dépit de leur intérêt pour l'enquête. Quelques ex-participants se définissent de la même manière : malgré leur envie de

participer, leurs conditions de travail ne leur permettent pas de faire face à l'investissement, notamment en temps, que cela implique. Enfin, les lauréats sont un groupe hétérogène. Les « sereins » bénéficient des conditions de collecte facilitantes qui leur permettent de s'investir dans l'enquête sans qu'il y ait de retombées négative sur leur charge de travail. Les « volontaristes » ont une conception de la veille sanitaire qui les pousse à surpasser leurs conditions de travail, peu facilitantes, pour réaliser leur objectif de collecte. Les « intermédiaires » sont dans une situation plus variable. En effet, ils sont certes confrontés à quelques critères de désengagement, mais disposent d'autres facteurs permettant de les limiter. A titre d'exemple, s'ils ont beaucoup d'effectifs, ils ont une équipe impliquée qui permet d'y faire face. Cet équilibre favorise leur participation à SUMER même s'ils reconnaissent que cela leur demande un coût important en termes de temps et d'organisation. Si cette typologie a permis d'orienter notre recherche, elle a surtout mis en évidence que la participation à la collecte SUMER dépend de multiples facteurs. Les facteurs de désengagement se retrouvent dans les différents profils de médecins du travail mais à des degrés différents. C'est leur degré d'intensité qui va déterminer la volonté de s'engager dans la collecte des données SUMER.

Les déterminants de la participation des médecins du travail à la collecte de données sont également à chercher du côté de l'organisation du travail des services de santé au travail. En effet, si la nouvelle méthodologie de l'enquête a semblé influencer la participation des médecins volontaires, du fait de la complexité du questionnaire et du sentiment de manque de compétences des médecins volontaires (notamment pour la partie sur les risques chimiques), elle n'est pas un déterminant de leur participation. La perception de la difficulté du protocole de collecte varie en fonction de l'organisation du travail des médecins et des conditions de réalisation de l'enquête. En effet, la nouvelle méthodologie de l'enquête notamment en matière de tirage au sort, ainsi que la longueur des questionnaires et leur technicité pour la partie risques chimiques, sont présentées par les médecins enquêtés comme une contrainte, mais ne constituent pas pour autant un déterminant de leur participation. La perception des médecins quant aux difficultés de participation à Sumer varie en fonction de l'organisation du travail des médecins et des conditions de réalisation de l'enquête. Ces derniers ont vu leurs conditions de travail se transformer par le non-remplacement des nombreux départs en retraite de leurs collègues. Il en découle une intensification de la charge de travail des médecins : d'une part, la croissance des effectifs suivis entraîne une moins bonne connaissance des entreprises. D'autre part, l'augmentation des visites dites « problématiques » pèse dans le

quotidien des médecins. En parallèle, la mise en place de nouvelles réformes favorise la complexification du travail des médecins. Coordonner et animer les équipes pluridisciplinaires dans un contexte institutionnel instable accentue la difficulté de ces derniers à participer à la veille sanitaire. Cette mission qui leur est dévolue semble ne pas trouver sa place au sein des services, faute d'appréhender le concept pour certains, et par manque de temps pour d'autres. Ce constat est d'autant plus vrai que l'implication et le soutien des directions des services de santé au travail joue un rôle primordial dans la participation des médecins au recueil de données et à la réussite de l'objectif de collecte. Un grand nombre de médecins estiment que les moyens font défaut. Or, la direction des services de santé au travail est responsable, d'une part, de l'allocation de moyens aux professionnels de santé afin de remplir leurs tâches, et d'autre part, doit contribuer à la mission de veille sanitaire et de traçabilité.

Au cours des entretiens réalisés pour cette post-enquête, les enquêtés ont reconnu l'investissement que nécessite la collecte SUMER. Plusieurs soulignent la charge de travail que cela représente, quand bien même ce dispositif est un moyen de répondre à la mission de veille sanitaire et est valorisant pour leur profession et leur pratique quotidienne. Les médecins soulignent plusieurs axes d'amélioration pour l'édition prochaine. Dans un premier temps, et de manière quasiment unanime, la mise en place de moyens adaptés pour réaliser la collecte de données au sein des services de santé au travail semble indispensable : des moyens humains (une équipe complète et formée), informatiques (à la fois pour se documenter et répondre aux questionnaires) et en temps. Ce dernier point suppose d'alléger la pression exercée par les entreprises et de renforcer le soutien des directions dans la participation à ce type d'enquête. Par ailleurs, pour faire face à la difficulté éprouvée par certains médecins lors du tirage de l'échantillon, un meilleur accompagnement ou une formation plus poussée et à destination de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire semble nécessaire. Dans cet esprit, les médecins s'interrogent sur la pertinence d'une meilleure répartition des questionnaires entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

En ce contexte de changements organisationnels, l'avenir du dispositif interroge également l'équipe SUMER. Les résultats de cette post-enquête exposent la nécessité de mieux faire comprendre l'importance de la veille sanitaire et de mieux l'intégrer dans les projets des services de santé au travail. Il faut (continuer de) sensibiliser à l'importance théorique et pratique de faire de la veille sanitaire. C'est en effet un outil qui fait ressortir des

résultats majeurs en santé-travail et permet d'augmenter les connaissances sur les expositions professionnelles et d'adapter les politiques de prévention en fonction. Cette mission engendre des bénéfices secondaires non négligeables : une amélioration de la connaissance des entreprises et populations suivies, une aide aux tâches quotidiennes et un outil pédagogique pour former des nouveaux membres de l'équipe. Il semble important de mobiliser les membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que le collectif des services de santé au travail, la coopération entre ces membres étant la clé d'une plus grande participation à la collecte. Cela peut passer par la communication auprès des membres de l'équipe pluridisciplinaire sur la collecte, et leur formation. Cela est particulièrement nécessaire pour l'équipe médicale et/ou les professionnel.le.s de proximité : infirmier.e.s, secrétaires et assistant.e.s. Il faut également réfléchir à comment aider à l'évaluation des risques chimiques et biologiques. Enfin, il s'agira de mobiliser les services de santé au travail (directions mais aussi les instances consultatives tels que le CMT) ainsi que les services de contrôle (CROC) dans la communication sur l'enquête, la formation des équipes et la mise à disposition de moyens de réalisation. La mobilisation de ces canaux dépendra surtout de l'évolution des services de santé au travail dont la réforme se poursuit actuellement. Il semble alors impératif de repenser le protocole d'enquête pour le rendre plus adaptée au fonctionnement des services de santé au travail tout en préservant le caractère volontaire de la participation des médecins, gage de la qualité et de la pertinence des informations recueillies.

BIBLIOGRAPHIE

BAREL Yvan et FREMEAUX Sandrine, Vers une médecine du travail préventive ?, *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, n°122, 2015, p.4-12.

BAREL Yvan et FREMEAUX Sandrine, « Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire », in *@GRH*, n°3, 2012, p. 69-88.

BARLET Blandine, Conditions de recueil de données et pluridisciplinarité dans l'enquête SUMER de 2016-2017, rapport commandé par la DARES, 2018.

BARLET Blandine, « Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail », *La nouvelle revue du travail*, n°10, 2017.

Bilan de la collecte de l'édition SUMER 2016-2017, rapport IPSOS, mars 2018.

Guide de collecte de l'Enquête SUMER 2016-2017, Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques et l'Inspection Médicale du Travail, 2016 : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-118967>

MARICHALAR Pascal, Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail, Thèse de doctorat de sociologie, École des Hautes Études en sciences sociales, (dir. André Grelon, Paul-André Rosental), 2011.

MARICHALAR Pascal, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », in *Politix*, vol.23, n°91, 2010, p. 27-52.

ANNEXES

Annexe 1 : L'état de la mobilisation des médecins par édition

	1994	2003	2010	2017
Nombre de médecins volontaires	1 205	1 792	2 412	1 243
Nombre de questionnaires remplis	48 190	49 984	47 983	27 085

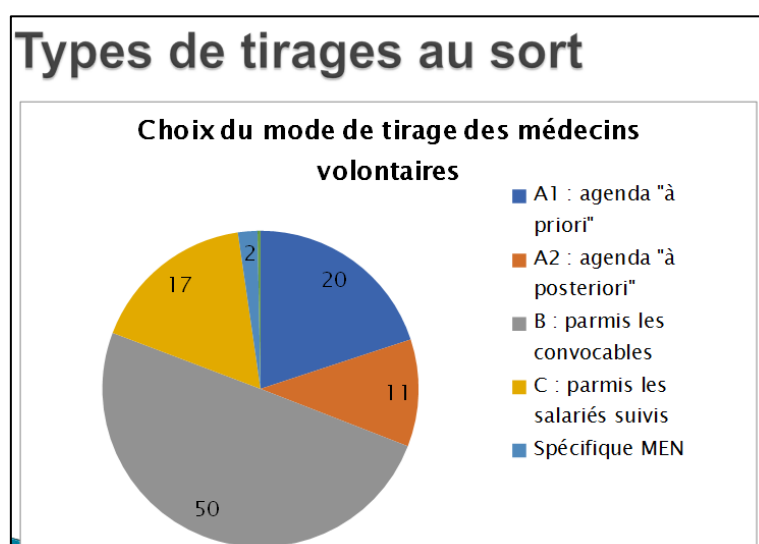
Source : données DARES.

Annexe 2 : Récapitulatif des médecins vus en entretien par profil et région

	Pays de la Loire	Bourgogne-Franche-Comté	Grand Est	TOTAL
Ex-participants	10	4	2	16
Abandonnistes	7	1	4	12
Lauréats	17	8	11	36
TOTAL	34	13	17	64

Source : Ensemble des entretiens réalisés et analysés dans le cadre de la post-enquête « participation ».

Annexe 3 : Les choix de mode de tirage chez les médecins volontaires en 2016-2017



Source : Support de formation à destination des médecins du travail volontaire lors de la réunion de formation précédant la collecte de données.

Annexe 4 : Analyse statistique issue d'une régression sur la base médecin 2016-2017

	LAUREATS 2010	LAUREATS 2017
	<i>odds ratio</i>	<i>odds ratio</i>
Sexe		
Homme	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Femme	Réf.	Réf.
Age		
40 et moins	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Entre 41 et 50	Réf.	Réf.
Entre 51 et 60	<i>NS</i>	1.443 **
Plus de 60	<i>NS</i>	1.652 **
Ancienneté		
10 ans ou plus	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Entre 5 et 10 ans	Réf.	Réf.
Entre 1 et 5 ans	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Moins d'1 an	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Temps de travail		
Moins de 50%	1.888 ***	<i>NS</i>
Entre 50% et moins de 80%	Réf.	Réf.
Entre 80% et moins de 100%	4.397 ***	2.695 ***
100%	6.363 ***	3.015 ***
Participation à l'enquête précédente		
Oui	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Non	Réf.	Réf.
Trinôme		
Médecin seul	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Secrétaire seulement	Réf.	Réf.
Infirmier.e seulement	2.488 ***	<i>NS</i>
Avec secrétaire et infirmier.e	1.882 ***	<i>NS</i>
Effectifs suivis		
2000 et moins	0.500 ***	Réf.
Entre 2000 et 4000	Réf.	<i>NS</i>
Plus de 4000	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Type de service		
Autonome	<i>NS</i>	2.208 ***
Interentreprise	Réf.	Réf.
Autres	0.620 ***	<i>NS</i>
Région		
Réunion	<i>NS</i>	0.284 *
Ile de France	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Centre-Val de Loire	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Bourgogne-Franche-Comté	<i>NS</i>	<i>NS</i>
Normandie	<i>NS</i>	<i>NS</i>

Nord-Pas-de-Calais-Picardie	NS	0.491 **
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	NS	NS
Pays-de-la-Loire	0.557 *	NS
Bretagne	NS	1.909 *
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	0.621 *	NS
Languedoc-Roussillon-Midi-pyrénées	NS	NS
Auvergne-Rhône-Alpes	Réf.	Réf.
Provence-Alpes-C.A	NS	NS
Corse	0.170 **	NS
Présence IPRP		
Avec IPRP	-	NS
Sans IPRP	-	Réf.
Présence médecin collaborateur		
Avec médecin collaborateur	-	NS
Sans médecin collaborateur	-	Réf.
Présence Interne		
Avec interne	-	NS
Sans interne	-	Réf.

Source : Base médecin 2016-2017.

Lecture : En 2017, « toutes choses égales par ailleurs », en contrôlant le sexe, l'âge, l'ancienneté dans le service, la participation à l'enquête précédente, la composition de l'équipe de travail, le nombre d'effectifs suivis, le type de service et la région, les médecins travaillant entre 80% et moins de 100% d'ETP et ceux travaillant 100% d'ETP ont respectivement deux et trois fois plus de chance d'être lauréat comparés aux médecins travaillant moins de 80% à ETP.