

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



EN RÉSUMÉ

AUTEURS :

B. Barlet, H. Malmarmey, Institut de recherche interdisciplinaire en sciences sociales (IRISSO), Université Paris Dauphine
S. Memmi, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), Paris

Depuis 1986, l'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) construit une cartographie nationale des expositions aux risques professionnels. Elle repose sur l'expertise des médecins du travail volontaires qui remplissent un questionnaire avec les salariés tirés au sort. Deux post-enquêtes portant sur les ressorts de la participation des médecins à SUMER et sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans le recueil de données ont montré que même si les médecins reconnaissent l'intérêt et la qualité de l'enquête, le protocole s'intégrait 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 CLÉS

Enquête SUMER / Médecin du travail / Santé au travail / Méthodologie / Pluridisciplinarité

L'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels), élaborée à partir de 1986 par le ministère du Travail (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques – DARES –, Direction générale du travail – Inspection médicale du travail – DGT-IMT) en partenariat avec la Direction générale de l'administration et de la Fonction publique (DGAFP), connaît sa quatrième édition. En 2016-2017, l'enquête couvre l'ensemble des salariés du secteur privé et du secteur public, en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer (DOM).

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. En cela, elle contribue à l'amélioration de la prévention en santé au travail. Elle permet aussi de mesurer les évolutions des expositions professionnelles au cours de ces vingt dernières années en comparant les résultats de la dernière campagne à ceux des campagnes précédentes (1994, 2003 et 2010). Lors de la campagne 2016-2017, le protocole a permis aux médecins participants de se faire aider par des membres de leur équipe pluridisciplinaire (infirmier(e)s, intervenants en prévention des risques professionnels – IPRP –, assistant(e) en santé au travail – ASST) dans le remplissage des questionnaires, tout en gardant l'entière responsabilité de l'enquête. Ce changement s'explique par les dernières réformes de la médecine du travail.

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

Il reflète tout d'abord les nouvelles collaborations liées à l'introduction d'entretiens infirmiers. Il cherche également à pallier une désaffection possible des médecins pour l'enquête au vu de la baisse de leurs effectifs et des évolutions de leurs conditions de travail, en les encourageant à déléguer une partie de la charge que l'enquête représente sur leur exercice quotidien. Un effort important en matière de formation a aussi été déployé par l'équipe nationale SUMER. Malgré cela, lors de la campagne 2016-2017, le nombre de médecins volontaires a beaucoup diminué : 1 244 médecins en 2016-2017 contre 2 400 en 2010-2011.

Dans ce contexte, deux post-enquêtes ont été lancées pour comprendre les conditions de collecte de données de SUMER 2016-2017 (encadré 1). La première étude, dite « protocole », porte sur l'appropriation des changements dans le protocole de collecte par les services de santé au travail (SST) et la seconde, dite « participation », sur la baisse de la participation des médecins. Plus précisément, ces travaux ont répondu aux questions suivantes : comment les nouveaux acteurs ont-ils été impliqués dans la collecte ? Qu'est-ce qui explique qu'un médecin participe ou non à SUMER ?

Cet article s'appuie sur les résultats de ces deux études menées principalement dans des SST interentreprises et illustre les conditions concrètes du recueil des données de SUMER 2016-2017. Il montre dans un premier temps que les médecins du travail ont plutôt une vision positive de cette enquête. Pour autant, l'évolution de leurs conditions de travail limite considérablement leur participation. La seconde partie souligne le rôle essentiel des

↓ Encadré 1

► DESCRIPTION SUCCINCTE DES DEUX ENQUÊTES

La première étude, dite « protocole », a questionné la mise en œuvre du nouveau protocole de l'enquête (tirage au sort et pluridisciplinarité) visant à s'adapter aux changements institutionnels et organisationnels des services interentreprises de santé au travail et à faciliter le travail du médecin volontaire dans sa participation à SUMER. La méthode repose sur 65 entretiens menés auprès de différents acteurs de la santé au travail (médecins, infirmier(e)s, secrétaires, directions), dans sept services interentreprises d'Île-de-France, Pays de la Loire et Bourgogne – Franche-Comté. Les entretiens ont porté sur l'activité professionnelle (organisation du travail, collaboration, effectif suivi, rapport au travail) et sur la façon dont les participants ont vécu leur implication dans la dernière campagne (organisation de l'enquête, collaboration sur le recueil de données, perception générale).

La seconde étude, dite « participation », a interrogé les différentes causes ayant conduit à la participation des médecins à l'enquête, à leur refus ou leur abandon. Elle repose sur une méthodologie double. D'une part, 64 entretiens ont été réalisés par des collaborateurs médecins en Pays de la Loire, Grand-Est et Bourgogne – Franche-Comté auprès de 3 profils de médecins : 16 « ex-participants » (qui ont participé à SUMER 2010 mais pas 2017), 12 « abandonnistes » (qui ont participé à la formation et ont renvoyé entre 0 et 5 questionnaires) et 36 « lauréats » (qui ont atteint l'objectif de 20 questionnaires répondants). Les participants ayant renvoyé entre 6 et 19 questionnaires sortent du périmètre de l'étude « participation ». D'autre part, ce travail s'appuie sur l'exploitation statistique du questionnaire médecin de l'enquête SUMER, qui fournit des données de cadrage sur le profil des médecins « lauréats » et « abandonnistes » pour les campagnes 2010 et 2017.

équipes dans le recueil des données et décrit la mise en œuvre des nouvelles collaborations dans SUMER, en particulier le rôle des secrétaires médicales et celui, inédit, des infirmier(e)s. Enfin, la troisième partie met en évidence l'impact des conditions de travail des médecins sur les conditions de recueil des données d'enquête. Au-delà de l'enquête SUMER, cet article conduit à interroger l'avenir des dispositifs de veille en santé au travail à l'épreuve des changements importants que connaît ce secteur depuis quelques années.

LE CONTEXTE DE LA COLLECTE DE SUMER 2016-2017

UN ENGOUEMENT TOUJOURS IMPORTANT POUR L'ENQUÊTE

L'enquête SUMER est un dispositif national de veille sanitaire qui vise à cartographier rigoureusement les expositions professionnelles. La construction de ces données est une dimension du travail des SST qui semble particulièrement valorisante chez les médecins

du travail enquêtés, qu'ils soient « lauréats », « ex-participants » ou « abandonnistes » (encadré 1). Elle met en avant les compétences expertes, souvent méconnues, du médecin du travail en valorisant son rôle et sa mission première : protéger la santé des salariés. C'est une manière pour la profession, considérée comme un « segment dévalorisé » de la médecine [1], de mettre en valeur son action auprès du public. C'est également un moyen de rendre visible le travail du SST en « participant à un projet collectif » comme le décrit un médecin ex-participant du Centre – Val de Loire. Ce projet d'ampleur nationale contribue à une cause d'intérêt public qui met en exergue l'utilité sociale des SST.

Participer à l'enquête SUMER est aussi l'occasion, pour les médecins du travail, d'approfondir certains éléments liés au poste de travail, à l'entreprise ou au vécu des salariés. L'enquête peut également permettre de découvrir de nouvelles expositions et de resserrer les liens avec le terrain. La possibilité d'échanger plus longuement et de creuser les conditions de travail des salariés représente un moyen d'appréhender l'évolution des expositions et de percevoir la survenue de risques encore méconnus. La participation à SUMER peut également être utile pour se former au moment de l'arrivée dans un service, notamment pour les collaborateurs médecins ou pour les internes.

Reconnu par le Conseil national de l'information statistique (CNIS), le dispositif d'enquête SUMER est d'autant plus valorisant qu'il se déroule dans un cadre méthodologique perçu comme étant solide. De plus, cette enquête s'inscrit dans les pratiques quotidiennes des médecins du travail, qui utilisent réguliè-

rement les données qui en sont issues. Ils peuvent aussi s'inspirer du questionnaire, particulièrement précis sur les expositions professionnelles, pour réaliser leurs fiches d'entreprise.

DES DIFFICULTÉS À INTÉGRER SUMER À L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Les réformes successives de la médecine du travail ainsi que l'évolution démographique de la profession contribuent à créer des conditions d'exercice moins favorables à l'enquête SUMER.

Les praticiens et praticiennes rencontré(e)s dans l'enquête « protocole » pointent en entretien un changement de leurs conditions de travail lié à l'évolution de la médecine du travail. Ils sont désormais à la tête d'une « équipe » qui les assiste sur les différents volets de leur action – bien que la mise en place de ces équipes soit encore inégale selon les services. Faute de médecins, mais aussi pour mieux utiliser les compétences de chacun, des infirmier(e)s peuvent désormais intervenir sur le versant individuel du travail de prévention en prenant en charge les entretiens périodiques, puis d'embauche (visites d'informations et de prévention), tandis que les IPRP interviennent sur le versant collectif (ce qui concerne l'action en milieu de travail).

La pratique médicale est alors très largement orientée vers ce que les médecins désignent comme une « gestion de problèmes » à l'occasion de visites dites « problématiques », reléguant de fait (et malgré eux) la veille et les actions préventives au second plan. L'enquête SUMER, malgré les ajustements de protocole, peine à s'insérer dans un quotidien professionnel quasiment exempt de

visites de « routine » : « *Je vois des personnes que je n'ai jamais vues, parce qu'il y a des soucis. Il y a beaucoup plus de demandes, plus de reprises... Les gens, avant, vous les connaissiez, donc vous connaissiez un peu les pathologies, mais là j'ai vu quelqu'un que je n'avais pas vu depuis 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 à la demande du salarié. Et il y a des employeurs qui malgré la loi tiennent à ce que ce soit toujours nous qui voyions les salariés en embauche* » (médecin du travail, service interentreprises).

Les médecins et les équipes ont aussi évoqué, lors de l'enquête « protocole », les spécificités des publics enquêtés. Le bassin d'emploi et le type de structures auxquels les médecins et les équipes sont confrontés influent sur la participation à SUMER : par exemple, le « coût » d'engagement sera plus important pour un médecin qui ne suit que des salariés intérimaires ou dont l'effectif est très divers, à majorité industrielle, que pour un médecin dont l'effectif est composé uniquement d'entreprises de services. L'enquête est aussi moins facile à mettre en place dans les très petites structures, notamment dans le secteur du Bâtiment et des travaux publics (BTP) : il est plus difficile pour un employeur de faire face à un examen médical qui dure longtemps lorsqu'il n'emploie que deux ou trois salariés.

Une praticienne de SST interentreprises qui s'était portée volontaire, mais a abandonné, pointe les spécificités de son effectif comme une raison de son abandon : « *Si je n'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,*

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

qui répondent... Nous, il y a 50 % de gens qui ne peuvent pas vraiment répondre, il y a des gens avec qui la communication est difficile, on voit si physiquement ils vont bien, c'est tout. J'ai des ouvriers qui sont manœuvres ou manutentionnaires sur des chantiers de démolition, à quoi ils sont exposés ? Ils sont exposés à tout ! ».

En ville, l'enquête est par exemple difficilement conciliable avec les contraintes de suivi des entreprises de nettoyage. D'une part, l'absentéisme aux visites de leurs salariés (principalement des femmes issues de l'immigration africaine et asiatique) est particulièrement élevé. D'autre part, quand les salariés se présentent, il n'est pas aisé de les intégrer dans l'enquête car ils parlent et lisent souvent peu le français et peuvent difficilement remplir les auto-questionnaires.

Enfin, les salariés sont plus fréquemment convoqués dans les locaux des SST, car il y a moins de centres mobiles et les médecins disent se déplacer moins souvent. Cela rend plus difficile l'implication dans l'enquête de salariés dont le temps de visite est d'autant plus compté qu'il s'ajoute à un temps de trajet important. De ce fait, si le temps médical dans les SST est devenu plus rare depuis la dernière campagne SUMER, c'est aussi le cas du temps des salariés.

Le type d'entreprises et de salariés auquel les médecins et leurs équipes sont confrontés au quotidien influe donc à la fois sur les dispositions à s'engager dans l'enquête et sur le déroulement de l'enquête lui-même. Ici, les modalités de participation à l'enquête SUMER reflètent des problématiques plus larges liées à la mise en œuvre globale de la prévention : les populations les plus exposées sont, en général, les plus difficiles à suivre et elles travaillent dans

des structures où la prévention a le plus de difficulté à pénétrer.

UNE BAISSÉ DE MOITIÉ DE LA PARTICIPATION DES MÉDECINS DU TRAVAIL À L'ENQUÊTE

La participation des médecins du travail volontaires à l'enquête SUMER a connu une progression croissante jusqu'en 2010, avec 2 400 médecins participants cette année-là. En 2017, ils sont deux fois moins nombreux : seuls 1 244 ont renvoyé au moins un questionnaire, et ce malgré un important effort en matière de formation par la DARES et l'Inspection médicale du travail (84 formations réalisées dans toute la France). Les médecins du travail ont pourtant l'habitude de s'impliquer dans la collecte de données en santé-travail à travers différents dispositifs. Selon l'étude « participation », 33 des 64 médecins interrogés participent à des enquêtes à dimension nationale comme EVREST (évolution et relation en santé au travail), SUMER ou MCP (maladies à caractère professionnel) et 20 d'entre eux participent à des enquêtes locales et ponctuelles.

D'après les données du questionnaire administré aux médecins volontaires participants à SUMER 2016-2017¹, l'âge moyen est de 54 ans, 75 % d'entre eux sont des femmes. Plus de la moitié vient de SST interentreprises (58 %), bien que leur proportion ait diminué depuis l'édition précédente (moins 5 points) au profit des médecins venant de SST autonomes. Ces derniers représentent 27 % des médecins participants contre 18 % en 2010.

Les deux études sur lesquelles s'appuie cet article portent sur quatre régions considérées comme représentatives des régions participant à l'enquête (Pays de la

1. Au début de l'enquête, les médecins participants se voient remettre un autoquestionnaire d'information anonyme.

2. Les deux études portent sur trois régions, parmi lesquelles les Pays de la Loire et la Bourgogne – Franche-Comté ; l'étude « protocole » porte également sur la région Île-de-France et l'étude « participation » sur la région Grand-Est.

3. Ces données sont issues du bilan de collecte de l'enquête établi par le prestataire de collecte IPSOS.

4. Ces ajustements ne sont possibles que dans les cas où le tirage au sort se fait en amont [2].

Loire, Bourgogne – Franche-Comté, Grand-Est et Île-de-France)². À elles quatre, elles cumulent 46 formations de médecins volontaires et représentent 46 % des médecins participants (557)³. La Bourgogne-Franche-Comté et les Pays de la Loire font d'ailleurs partie des régions où le taux de participation des médecins du travail est le plus élevé. La représentativité de ces régions permet une analyse fine des conditions d'organisation de la collecte et de participation des médecins du travail à l'enquête SUMER.

LE RÔLE ESSENTIEL DES ÉQUIPES DANS LE RECUEIL DES DONNÉES

DE L'AMONT À L'AVANT DE L'ENQUÊTE : LES SECRÉTAIRES, DES INTERMÉDIAIRES ESSENTIEL(S) ENTRE SALARIÉS, ENTREPRISES ET MÉDECINS

Les témoignages convergent sur le fait que l'implication des secrétaires dans l'enquête SUMER est primordiale pour sa bonne mise en œuvre. Les médecins peuvent les solliciter à chaque phase de l'enquête.

En amont, ils/elles peuvent effectuer le tirage au sort (lorsque les salariés sont tirés dans les logiciels de gestion de convocation), et l'ajuster en fonction des refus et des non-présentations⁴. Dans la phase de convocation, ils/elles convoquent les salariés à la visite pour SUMER et organisent l'emploi du temps des médecins en fonction de ces visites, soit en bloquant une semaine pour l'enquête, soit en réservant des créneaux quotidiens ou hebdomadaires. Dans un contexte où les visites périodiques sont moins fréquentes, ces convocations pour l'enquête suscitent

parfois l'incompréhension des employeurs : pourquoi une seule convocation isolée ? Pourquoi une visite périodique alors que l'entreprise a des visites de reprise en attente ? Pourquoi ne peut-on pas substituer un autre salarié à celui qui a été convoqué ? Les secrétaires doivent alors répondre à ces questions des employeurs et les apaiser, alors même que le protocole préconise plutôt de ne les informer de l'enquête qu'*a posteriori*.

De plus, les visites SUMER réduisent considérablement les marges de manœuvre dans les plannings des médecins du travail pendant la période de collecte, rendant alors difficile de faire face à des situations imprévues ou à des visites qui se rajoutent. Les secrétaires disent être affecté(e)s dans leur activité globale par cet aspect de l'enquête.

Dans la phase d'accueil, les secrétaires sont en première ligne pour informer les salariés tirés au sort pour l'enquête et leur expliquer en quoi celle-ci consiste. Dans certains cas, il s'agit aussi de se montrer persuasif afin d'essayer le moins de refus possible. Ils insistent notamment sur l'anonymat des informations recueillies. Leur savoir-faire vis-à-vis des publics rencontrés est salué par les médecins : l'une dit de son assistante qu'elle a su « *désamorcer les craintes* » des salariés.

Après avoir expliqué aux salariés qu'ils étaient tirés au sort pour participer à l'enquête, les secrétaires leur donnent le formulaire d'auto-questionnaire de SUMER et leur indiquent la marche à suivre, ce qui est chronophage quand les salariés peinent à comprendre les questions et qu'un travail de reformulation est nécessaire.

Les médecins chargent aussi parfois leur secrétaire de remplir les quatre premières pages du ques-

tionnaire principal, qui concernent les données générales sur l'entreprise et le salarié, ce qui est fait en aval de la consultation, parfois en présence du salarié.

Même si cette collaboration existait déjà souvent lors des enquêtes précédentes, elle s'inscrit bien dans l'orientation vers la pluridisciplinarité vue par les médecins du travail, qui leur permet de conserver un « *cœur de métier* » spécifiquement centré sur le médical et de déléguer à d'autres acteurs compétents les aspects non spécifiquement médicaux de leur activité.

Enfin, si les secrétaires sont des acteurs « historiques » de l'enquête SUMER, ils/elles prennent lors de la dernière campagne de recueil de données un rôle plus important que d'habitude, car, pour la première fois, ils/elles peuvent être chargés de préparer et de faciliter l'enquête, à la fois pour le médecin du travail qu'ils/elles assistent, mais aussi, le cas échéant, pour l'infirmier(e) et le collaborateur médecin de son équipe. Pendant la période de l'enquête, leur charge de travail est alors considérablement accrue pour permettre aux médecins et infirmier(e)s de s'impliquer à moindre coût, dans un contexte où le temps de ces derniers est reconnu comme précieux.

QUAND LES INFIRMIER(E)S PRENNENT LE RELAIS SUR LE RECUEIL DE DONNÉES

Avec la réforme des SST, les infirmier(e)s ont pris le relais des médecins, dans un premier temps pour les visites périodiques, puis depuis janvier 2017, soit le milieu de la période de recueil de données SUMER, pour une grande partie des visites d'embauche devenues des « visites d'information et de prévention » initiales.

Si certains SST disposent encore

de très peu d'infirmier(e)s, dans d'autres, ils/elles sont désormais les piliers sur lesquels repose le suivi périodique des salariés. Quand c'est le cas, les médecins qui s'impliquent dans SUMER le font avec leur équipe et au titre de leur équipe. « *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 !* » (infirmière, service interentreprises).

Dans certains cas, un(e) infirmier(e) assiste plusieurs médecins participants et remplit alors des questionnaires SUMER au titre d'effectifs de salariés distincts.

Les infirmier(e)s sont donc très diversement sollicité(e)s par les médecins : certains ne les sollicitent pas du tout et d'autres, au contraire, leur délèguent la quasi-totalité des questionnaires. Quand ils collaborent sur la collecte, les binômes ont pu procéder, à partir du tirage au sort de salariés convocables, à une répartition des questionnaires entre le médecin et l'infirmier(e) en fonction de leur difficulté présumée (poste, secteur, entreprise dont on sait qu'ils sont soumis à de nombreuses expositions), ainsi qu'à une préparation des questionnaires. Ainsi, les infirmier(e)s se chargent souvent des cas les moins complexes, en concertation avec le médecin. « *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* » (médecin du travail, service interentreprises).

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

Les infirmier(e)s se disent alors en confiance : ils n'auront *a priori* affaire qu'à des salariés dont ils peuvent mener les questionnaires à bien sans encombre. Ces conditions de recueil de données ne sont cependant pas la norme. Beaucoup d'infirmier(e)s sont confronté(e)s à des cas complexes, et notamment à des risques chimiques pour lesquels ils ne s'estiment pas suffisamment formés, car la division du travail entre les différents consultants a été faite arbitrairement (par exemple, chacun prend en charge la moitié des entretiens). De plus, comme les effectifs suivis sont importants et que les médecins ont désormais beaucoup de visites problématiques à gérer, ils n'ont pas toujours le temps d'épauler les infirmier(e)s. Ainsi, d'après l'enquête « protocole », la mobilisation des infirmier(e)s pour la collecte s'est souvent circonscrite à une simple délégation, parfois limitée aux cas présentant peu d'expositions professionnelles, mais s'est rarement inscrite dans une véritable coopération.

ASST ET IPRP : QUELLE ASSISTANCE DES MÉDECINS SUR LE TERRAIN ?

Les médecins du travail souhaitant réduire le temps dédié à l'enquête ont été encouragés par l'équipe nationale SUMER, voire par leur hiérarchie, à déléguer le recueil de données complémentaires sur le terrain à des ASST ou à des IPRP. Ainsi, quand les entretiens ne suffisent pas à recueillir des informations sur les expositions, en particulier aux risques chimiques, il faut alors contacter l'entreprise ou se déplacer. Faute de temps, beaucoup de médecins optent pour un appel téléphonique pour compléter leur recueil de données. Cependant, pour clarifier la composition

de certains produits ou leur utilisation, il est parfois nécessaire de se déplacer : les médecins peuvent alors demander à des ASST de le faire. Pour ce qui est de la partie « agents chimiques » du questionnaire, essentielle mais considérée comme ardue et chronophage par de nombreux médecins, l'appui est cependant jugé insuffisant dans de nombreux cas.

Le protocole d'enquête prévoit la possibilité de missionner des IPRP pour appuyer les médecins sur ce versant de l'enquête. Il s'agissait 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) » [3].

Pourtant, il ressort de l'enquête « protocole » une faible mobilisation des IPRP pour effectuer ce travail complémentaire en milieu de travail, que les médecins justifient souvent par le sentiment que l'enquête SUMER sort de la mission dévolue, au sein du service, aux IPRP. Les médecins disent n'avoir pas pensé à les mobiliser, ou pas osé le faire.

Ceci dit, le rôle des IPRP ne peut être évalué uniquement dans le cadre strict de l'enquête SUMER proprement dite. Dans certains cas, leur rôle est indirect. À titre d'exemple, un médecin ayant recours régulièrement à l'assistance d'un IPRP pour des problématiques en lien avec les risques chimiques est mieux armé pour répondre à la partie « agents

chimiques » du questionnaire SUMER puisque l'IPRP aura permis, en amont, au médecin d'acquérir une meilleure connaissance des expositions aux risques chimiques sur son effectif de salariés.

Les résultats de l'enquête « protocole » indiquent 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. « 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 » (médecin du travail, service interentreprises).

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. Ce cas correspond à un exercice professionnel qui se fait dans de bonnes conditions : sur un effectif d'entreprises stables, avec des équipes qui ont les moyens d'être efficaces. Ce constat amène à interroger les conditions de mise en œuvre des enquêtes comme SUMER.

LES RESSORTS DE LA PARTICIPATION À LA COLLECTE DE SUMER

Pour l'édition 2016-2017, 1 588 médecins du travail ont accepté de suivre une formation à l'enquête SUMER et ont reçu le kit de collecte. D'après la « base médecin », ils sont 1 244 à avoir renvoyé au moins un questionnaire (soit 76 %). Parmi ceux-là, 2 % ont renvoyé moins de 5 questionnaires répondants, 34 % ont renvoyé entre 5 et 20 questionnaires et 64 % ont renvoyé plus de 20 questionnaires. Ces derniers sont considérés comme « lauréats » car ils ont atteint leur objectif de collecte en équivalent temps plein. Ces données témoignent d'une participation hétérogène à l'enquête où la désaffection des médecins se fait peu en cours de collecte, mais plutôt en amont (entre la formation et le début de l'enquête). Cela conduit à s'interroger sur les facteurs facilitant la participation des médecins du travail au recueil de données.

ALLER AU BOUT DE LA COLLECTE : QU'EST-CE QUI PERMET AUX MÉDECINS « LAURÉATS » DE PERSÉVÉRER ?

La participation des médecins, ainsi que la réussite de l'objectif de collecte, tiennent avant tout à un ensemble de facteurs organisationnels. D'une part, une charge de travail que les médecins estiment raisonnable au vu de leur temps de travail et du nombre de salariés qu'ils suivent. À temps plein, il leur est plus facile d'accorder du temps à des dispositifs d'enquête, surtout si les effectifs suivis sont relativement faibles⁵. D'autre part, l'appui d'un trinôme médecin-secrétaire-infirmier(e) formé et stable est un

5. Parmi les médecins suivant 2 000 salariés ou moins, 65 % étaient « lauréats » en 2017, contre 46 % en 2010, soit 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.

6. Cette analyse statistique est issue d'une régression sur la base médecin 2016-2017 en contrôlant par le sexe des médecins participants, l'âge, l'ancienneté dans le SST, 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.

7. D'après les données du questionnaire médecin renseigné par les médecins volontaires en 2016-2017.

élément propice à la participation à la collecte de données et réduit le risque d'abandon. Parmi les « lauréats » enquêtés, la majorité bénéficie de conditions de travail favorables en termes d'équipe et d'une plus grande implication de leur direction de service que chez les « abandonnistes » et les « ex-participants ».

Ceux qui peuvent être qualifiés de « lauréats sereins » viennent pour la plupart de SST autonomes. Ce résultat est corroboré par une analyse statistique à partir du questionnaire administré aux médecins volontaires participants à SUMER qui montre qu'en 2017, les médecins travaillant en SST autonomes ont près de deux fois plus de chance d'être lauréats « toutes choses égales par ailleurs », par rapport à ceux des SST interentreprises⁶. En effet, les SST 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 postes de travail et plus de moyens humains et de temps pour réaliser des projets d'équipe. La spécialisation de ces SST sur une entreprise renforce leur capacité à s'approprier les spécificités d'une population relativement homogène. De plus, ils sont moins impactés par les réformes et les bouleversements organisationnels qui en découlent. Ils semblent enfin moins contraints par des objectifs quantitatifs et disposent de plus de marges de manœuvre pour mettre en place des projets [4]. À l'inverse, d'après les résultats de l'enquête « participation », des effectifs plus importants, un soutien variable de la part des directions et une faible légitimité en tant que manager d'équipe contribuent à limiter

l'engagement dans l'enquête des médecins du travail de SST interentreprises.

Dans cette nouvelle édition de l'enquête SUMER, la collecte des données s'effectue grâce à la coopération du médecin, de l'infirmier(e) et du secrétaire. Ce « trinôme » peut parfois comprendre d'autres professionnels de santé comme les collaborateurs médecins (13 % des médecins volontaires travaillent avec un collaborateur médecin en 2017⁷). En revanche, les IPRP ont été peu sollicités. De plus en plus présents dans les SST, ces derniers collaborent avec plusieurs médecins, ce qui rend difficile leur mobilisation pour SUMER. Les résultats révèlent également un doublement du nombre d'infirmier(e)s par médecin dans les SST entre 2010 et 2017 (le nombre de médecins travaillant avec un(e) infirmier(e) passe de 42 % à 80 %) et une présence toujours très forte des secrétaires (le nombre de médecins travaillant avec un(e) secrétaire passe de 83 % à 88 %). Si la croissance du personnel infirmier est surtout visible dans les SST interentreprises (28 % des médecins participants venant de SST interentreprises travaillent avec des infirmier(e)s en 2010, contre 81 % en 2017), celle des secrétaires intervient essentiellement dans les SST autonomes (les médecins participants issus de services autonomes bénéficiant de l'assistance d'un(e) secrétaire passent de 45 % en 2010 à 67 % en 2017). L'existence d'un trinôme stable et compétent, dont les membres partagent le quotidien du médecin du travail, est un facteur majeur de réussite pour collecter les données SUMER.

Le collectif de travail apparaît également comme un élément essentiel à l'engagement des médecins à la collecte de données. En effet,

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

la plupart des « lauréats » ont des confrères qui ont également participé à SUMER. L'engouement autour de l'enquête passe par l'engagement du collectif de travail, ainsi que celui du médecin inspecteur régional du travail (MIRT), particulièrement moteur dans certaines régions. La participation de plusieurs médecins d'un même SST à l'enquête accroît la motivation des équipes et limite le risque d'abandon. La dynamique collective peut être renforcée par la création d'un espace d'échange sur les pratiques ou les difficultés rencontrées. Le MIRT de Grand-Est a par exemple noté une participation très élevée dans un SST avec 11 médecins participants sur un total de 24. Si ce taux exceptionnel s'explique en partie par l'inscription de l'enquête SUMER dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et le projet de service, ce sont surtout les médecins eux-mêmes qui ont été 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 SST dans la collecte, et, d'autre part, une émulation autour de ce projet de groupe, rendant l'abandon plus difficile⁸.

Certains médecins ont néanmoins atteint leur objectif de collecte malgré des conditions de travail peu favorables (un grand nombre de salariés suivis, une équipe peu stable, un SST peu investi dans la collecte...). Chez ces « lauréats volontaristes », le manque de moyens a pu être dépassé du fait des motivations éthiques qui les poussent à s'investir dans la veille sanitaire. Il s'agit majoritairement de médecins ayant déjà participé à l'enquête SUMER et qui s'investissent par ailleurs dans d'autres dispositifs. Une analyse statistique sur le profil de ces médecins « volontaristes »

révèle qu'ils sont relativement plus âgés que la moyenne et plus nombreux à avoir déjà participé à SUMER. Leur expérience de collecte de données est appréhendée comme un atout pour une participation actuelle ou futur à un dispositif de veille. Pour ces médecins, une implication dans les enquêtes en santé-travail permet d'améliorer la surveillance des expositions et risques professionnels ainsi que l'état de santé des salariés. Si ces médecins sont parvenus à dépasser leurs conditions de travail pour assurer leur mission de veille, ils se montrent inquiets quant à leur possibilité d'y parvenir à l'avenir au regard de l'évolution de la médecine du travail.

Ainsi, les médecins « lauréats » constituent un groupe hétérogène où deux profils se distinguent. Les « sereins » bénéficient des conditions de collecte facilitantes qui leur permettent de s'investir dans l'enquête sans qu'il y ait de retombées négatives 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. À l'intersection de ces catégories, les médecins « lauréats » peuvent être confrontés à certains motifs de désengagement, mais disposent d'autres facteurs dynamisants comme une équipe impliquée ou des effectifs moins élevés à suivre.

QUAND DES DÉCISIONS D'ORGANISATION IMPACTENT LES POSSIBILITÉS D'ENGAGEMENT DES ÉQUIPES

Les directions de SST interentreprises jouent un rôle fondamental dans la gestion des missions de veille sanitaire et la réalisation de la collecte de données épidémiologiques au sein des services.

Leur implication est pleinement légitimée par le fait que « *participer à la traçabilité des expositions et la veille sanitaire* » fait partie des quatre missions prioritaires des SST. La réalisation de cette mission semble installée dans la pratique des SST puisque la majorité des médecins du travail enquêtés participe à au moins une enquête d'envergure parmi les trois suivantes : MCP, EVREST et SUMER. Les directions des SST interentreprises, majoritairement rassemblées sous l'égide de l'association Présanse, affichent leur soutien aux différents dispositifs de veille, en témoignant les réunions de présentation de l'enquête réalisées entre l'équipe SUMER et Présanse.

Pour autant, les entretiens révèlent des pratiques différenciées. D'après les médecins interrogés, les directions des SST incitent rarement à participer à l'enquête SUMER et à assumer une mission de veille sanitaire en général. Cela ressort d'autant plus des discours des médecins « abandonnistes » et « ex-participants ». Les directions de SST interentreprises ont été peu présentes durant la préparation et la collecte de l'enquête. Par ailleurs, elles se sont rarement investies dans la communication ou l'organisation de l'enquête (quoiqu'un peu plus souvent chez les « lauréats »). Une des raisons évoquées serait l'urgence de la mise en place des réformes et le manque de personnel : les directions étaient accaparées par le recrutement et l'intégration de nouveaux salariés (infirmier(e)s, collaborateurs médecins, IPRP, internes...) pendant la période de collecte.

De fait, les médecins ne se sont pas toujours sentis soutenus dans leur démarche de collecte de données. Certains estiment que leur direction favorise la participation à telle ou telle enquête au détriment des

8. Inversement, la coopération entre acteurs des SST peut jouer en la défaveur de la collecte de données. Dans une région mobilisée, plusieurs médecins et leurs équipes ont fait le choix de boycotter la formation SUMER parce qu'ils ne pouvaient pas tous venir faute de place dans la salle qui avait été réservée, pour eux, « c'était tout(s) ou rien ».

autres. Pour d'autres, leur direction préfère qu'ils délaissent la veille sanitaire pour se concentrer sur leurs visites, étant donnés les retards en cours que leur reprochent les adhérents. Considérée comme chronophage, la veille sanitaire n'est donc pas toujours vue comme une priorité pour la direction et les entreprises.

Ce faible engagement des SST interentreprises conduit certains médecins à s'interroger sur la manière dont la veille peut s'insérer dans leur pratique quotidienne. Cette mission est, de fait, souvent reléguée au second plan par rapport à des missions perçues comme prioritaires. En outre, certains déclarent ne pas remplir cette mission (28 sur 64), notamment par 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, service interentreprises).

L'absence d'une politique de service en matière de veille sanitaire peut contribuer à minorer les moyens d'action à mettre en place pour y répondre : « *Ici, il n'y a 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, service interentreprises).

Le manque de soutien des directions de SST interentreprises qu'évoquent nombre de médecins du travail se traduit donc par l'absence de moyens complémentaires pour aider à la réalisation de l'enquête. Les médecins doivent « *prendre sur les moyens déjà existants* ». Pour certains, cela a été un facteur d'abandon. Le manque de moyens alloués pour réaliser SUMER est pointé du doigt par la

plupart des médecins du travail en SST interrogés, mais est particulièrement fort chez les « abandonnistes » et les « ex-participants ». Ces derniers estiment avoir dû « *se débrouiller* » tous seuls pour réaliser la collecte de données, sans moyens supplémentaires pour participer à l'enquête, notamment justifié par le manque actuel de main d'œuvre et donc, de temps médical : « *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, service interentreprises). « *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, service interentreprises). Cependant les médecins interrogés n'ont que très rarement demandé explicitement à leur direction de les soutenir davantage en leur octroyant des moyens supplémentaires.

MISE EN ŒUVRE DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ : DES CONFIGURATIONS ORGANISATIONNELLES PLUS OU MOINS FACILITANTES POUR L'ENQUÊTE

L'enquête « participation » et l'enquête « protocole » ont respectivement fait ressortir le fait que certaines formes d'organisation étaient plus favorables que d'autres à l'engagement des médecins dans le recueil de données SUMER, d'une part, et à son bon déroulement, d'autre part.

L'accès ou non au soutien d'acteurs non médecins constitue une inégalité de départ, entre des méde-

cins insérés dans des SST 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 infirmier(e)s et les IPRP ne sont en effet pas distribués également sur le territoire, certains SST sont beaucoup plus pourvus que d'autres en ressources pluridisciplinaires. Même au sein d'un SST, certaines « antennes » rurales sont représentées par un seul médecin ; de par son éloignement géographique, ce dernier a alors un accès restreint aux ressources pluridisciplinaires du service et ne dispose pas non plus de l'assistance d'un(e) infirmier(e). On peut imaginer qu'en amont de l'enquête, ces médecins aient pu être dissuadés de participer du fait de l'impossibilité d'être assistés dans le recueil de données.

L'enquête « participation » montre en effet que les médecins qui se sont désengagés de l'enquête SUMER avaient été peu soutenus par leur équipe. Plus de la moitié indique que son désengagement est dû à l'instabilité de l'équipe, à l'absentéisme ou au manque de concertation et d'entente (7 « abandonnistes » sur 12). À l'inverse, la majorité des « lauréats » a réalisé la collecte en collaboration avec l'équipe (22 « lauréats » sur 36) et y voit la raison de la réussite de l'objectif de collecte. Éprouvés par l'expérience, certains « lauréats » qui n'ont pas pu compter sur une équipe n'envisagent pas de réitérer la participation à la collecte à moins d'avoir son appui.

Certains SST n'intègrent des infirmier(e)s 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 infirmier(e)s qu'ils embauchaient. Les binômes sont parfois

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

inexistants : dans deux cas rencontrés dans l'enquête « protocole », un(e) infirmier(e) est présent(e) pour cinq ou six médecins. 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, trop large pour qu'ils/elles puissent développer une connaissance suffisante des entreprises et des postes. Les médecins qui exercent dans ces conditions n'ont d'ailleurs souvent même pas envisagé de solliciter l'infirmier(e) avec qui ils travaillent, connaissant ses contraintes d'agenda.

Par ailleurs, pour pouvoir participer à l'enquête, les infirmier(e)s ont besoin d'avoir un bureau à disposition pour mener des entretiens individuels, ce qui n'est pas acquis dans tous les SST.

Enfin, quand leur binôme est trop récent, ou que l'infirmier(e) est encore en cours de formation, les médecins ont aussi renoncé à faire appel à eux pour le recueil de données. Ces cas ne sont pas rares dans des SST qui sont encore en pleine période d'ajustements aux évolutions réglementaires, et sont d'autant plus fréquents que les infirmier(e)s peinent encore parfois à trouver une place clairement définie dans les SST interentreprises. L'enquête « protocole » fait état d'un fort *turn over* sur les postes d'infirmier(e)s dans certains SST, très coûteux pour les médecins qui les forment.

L'enquête nécessite une connaissance suffisante de l'effectif d'entreprises suivies par toute l'équipe, qu'il s'agisse de convoquer et d'accueillir les salariés, et plus encore de questionner les expositions des salariés à des risques professionnels. Ainsi, l'enquête « protocole » a mis en avant le fait que certaines configurations ne permettaient pas

aux secrétaires d'opérer les ajustements de planning nécessaires à l'enquête. L'exemple le plus clair est le cas des SST qui fonctionnent avec des secrétaires « convocateurs », qui ne sont pas au contact quotidien du médecin mais s'attachent à remplir un agenda en ligne. La dissociation entre les convocations et le reste de l'activité de secrétariat ne permet pas aux convocateurs de connaître les employeurs et les salariés, d'anticiper leurs réactions. Dans ces SST, 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 : le secrétaire qui accueille les salariés et prépare les visites, tout comme le médecin, « subit » l'ordre des consultations prévues par un(e) secrétaire convocatrice. Il/elle reçoit notamment les plaintes des salariés qui trouvent leur attente trop longue, plutôt que de pouvoir chercher à l'éviter.

L'enquête « participation » montre que l'engagement ou non dans l'enquête est associé à des facteurs organisationnels liés notamment au bon fonctionnement des équipes. L'enquête « protocole » montre, elle, que ces facteurs organisationnels se répercutent sur le bon déroulement de l'enquête et le ressenti positif ou négatif des médecins par rapport à leur implication. Ces enquêtes sont donc convergentes et permettent de définir les contours de configurations organisationnelles favorables à la participation d'une part et de bonnes conditions de déroulement d'autre part. Il s'agirait *a minima* d'équipes solides et bien installées, se consacrant au suivi d'un effectif relativement stable d'entreprises, mais aussi d'une certaine autonomie des médecins (et des équipes) sur l'utilisation de leur temps de

travail, et de temps et de locaux disponibles pour l'enquête.

Autant d'éléments qui pourraient faire l'objet d'une politique de service qui valoriserait la mission de veille au lieu de la reléguer au second plan d'une activité principale qui reste centrée sur l'examen médical ou l'entretien infirmier.

CONCLUSION

Les résultats de ces deux études révèlent que le contexte de réformes et de crise démographique médicale est à l'origine d'une nouvelle organisation du travail et de la désaffection des médecins du travail dans la participation à SUMER. Certes, la complexité du tirage au sort, la longueur du questionnaire ou la technicité de certaines parties constituent des contraintes à la collecte. Pour autant, les vraies difficultés de participation dépendent de l'organisation du travail et des conditions de réalisation de l'enquête.

Les médecins éprouvent plus ou moins de difficultés à insérer l'enquête dans leur pratique professionnelle. Appréhender de manière exhaustive les expositions professionnelles nécessite de questionner le travail réel des salariés, ce que les médecins ne peuvent plus toujours faire compte tenu de leur propre travail réel. La décision de participation ou de défection ainsi que les conditions de déroulement de l'enquête pour les médecins ou les équipes qui s'y engagent dépendent de multiples facteurs : les trajectoires professionnelles des acteurs impliqués, leur rapport au travail, les conditions de travail au moment de l'enquête, l'organisation du travail, les changements de réglementation depuis dix ans, la démographie médicale, le rôle plus

« managérial » qui incombe aux médecins du travail et les types de publics suivis. Ces éléments interagissent pour former des configurations plus ou moins favorables à l'engagement dans l'enquête, au bon recueil de données et à une satisfaction du travail effectué, qui pourrait leur donner envie de se réinvestir dans l'enquête à l'avenir. Enfin, il ressort de ces études que l'implication et le soutien des directions des SST joue un rôle majeur dans la participation des médecins au recueil de données et dans la réussite de l'objectif de collecte. Or, les entretiens montrent qu'en général les directions de SST se sont peu impliquées dans la pratique. Pourtant, la veille sanitaire fait partie des missions reconnues aux SST par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, qui leur prescrit de « *participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ». Par ailleurs, l'enquête est une occasion, dans un quotidien professionnel souvent accaparé par les visites, de prendre le temps de se pencher sur les expositions professionnelles avant qu'elles n'aient donné lieu à des problématiques de santé et donc de s'ancrer dans une démarche de prévention. Cependant, il semble que la mobilisation volontariste des médecins qui acceptent une surcharge temporaire de travail pour contribuer à une entreprise collective ait atteint ses limites. La dynamique du dispositif SUMER, et plus globalement des outils de veille sanitaire, a été durablement affectée par les évolutions récentes et irréversibles des SST. Il va donc falloir orienter les réflexions à venir vers une plus grande intégration institutionnelle de ces dispositifs dans le fonctionnement ordinaire des SST, de façon à améliorer la coordination,

la prévisibilité, l'homogénéité de la charge de travail et sa compatibilité avec les autres missions des SST, tout en préservant le caractère volontaire de la participation des médecins, gage de la qualité et de la pertinence des informations recueillies.

REMERCIEMENTS : *Les auteures remercient l'ensemble de l'équipe SUMER pour leur appui et leur relecture et plus particulièrement Thomas Coutrot, Élodie Rosankis et Nicolas Sandret.*

POINTS À RETENIR

- Deux post-enquêtes ont été réalisées pour comprendre les facteurs de mobilisation des médecins du travail au dispositif SUMER 2016-2017 et le déroulement de la collecte.
- Les médecins du travail considèrent l'importance de la veille en santé-travail, mais l'intensification de leurs missions rend difficile l'intégration de l'enquête dans leur pratique quotidienne.
- Le suivi médical de certaines populations de salariés (intérim, TPE) est problématique et il est difficile de les impliquer dans l'enquête.
- Le travail de recueil de données est facilité par la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (notamment assistant(e) en santé au travail, infirmier(e) et intervenant en prévention des risques professionnels – IPRP)
- Les infirmier(e)s ont été mobilisé(e)s pour l'enquête au-delà de ce qu'il avait été prévu par l'équipe nationale de SUMER.
- Les IPRP et les assistant(e)s sont des soutiens précieux que les médecins ont très inégalement pu mobiliser pour le recueil de données.
- Les services de santé au travail allouent des moyens variables à l'enquête et encouragent peu la participation des médecins.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 | **BARLET B** - Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail. *Nouv Rev Trav.* 2017 ; 10 : 1-16.
- 2 | **COUTROT T, MEMMI S, ROSANKIS E, SANDRET N ET AL.** - Enquête SUMER 2016-2017 : bilan de la collecte. Vu du terrain TF 260. *Réf Santé Trav.* 2018 ; 156 : 19-27.
- 3 | Projets d'enquêtes pour avis d'opportunité. Commission « Emploi, qualification et revenus du travail ». Réunion du vendredi

14 novembre 2014. Conseil national de l'information statistique (CNIS), 2014 (www.cnis.fr/wp-content/uploads/2017/10/DPR_2014_2e_reunion_COM_emploi_enquetes_opportunit%C3%A9.pdf).

4 | **MARICHALAR P** - Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail (France 1970-2010). Thèse pour le doctorat de sociologie. Paris : École des Hautes Études en sciences sociales (EHESS) ; 2011 : 425 p.