

Lausanne, 2 et 3 septembre 2010

7ème symposium de formation de la SOHF Journées scientifiques de la SSMT



**Absences et incapacités de travail
dans les établissements de santé:
que faire?**

	Bienvenue SOHF Dr F. Zysset Président www.sohf.ch	SSMT Dr K. Stadtmüller Président www.sgarm.ch	
---	---	---	---

La SSMT et la SOHF sont très heureuses de s'associer et de vous compter parmi les participants à ce congrès commun sur le thème de la gestion des absences et des incapacités de travail. Dans un monde professionnel de plus en plus concurrentiel et dont les exigences pour le travailleur tendent à croître, le maintien de la santé au travail devient un sujet de préoccupation et la veille pour éviter l'exclusion des travailleurs présentant des atteintes à leur santé doit être une préoccupation constante. Ceci est un aspect important pour garder un monde du travail éthique, mais aussi pour éviter le report sur le chômage, l'assurance invalidité ou l'aide sociale de coûts liés à l'invalidation de travailleurs qui auraient eu des capacités de maintenir des prestations satisfaisantes. On risque d'observer sinon, une charge financière de plus en plus importante pour la société, charge qui se reporte également sur les employeurs via leurs cotisations sociales. Le maintien en emploi des collaborateurs présentant des atteintes de leur santé doit ainsi être une préoccupation constante des employeurs et un engagement dans ce sens peut généralement se faire tout en maintenant la compétitivité de l'entreprise. La cohésion des équipes de travail et sa fidélisation à l'entreprise en est généralement renforcée. Lors d'une telle démarche, le médecin du travail joue un rôle important, en ayant une compréhension à la fois des aspects médicaux, sociaux et professionnels du travailleur. Il peut ainsi proposer des solutions adaptées et surtout précoces, avant que la situation ne se dégrade, ceci en tenant compte des impératifs de l'entreprise. Au besoin, il peut faire appel aux autres spécialistes de la santé au travail et, le cas échéant, aux possibilités de réinsertion des assurances sociales.

La **Société Suisse de Médecine du travail (SSMT)** est l'association des médecins du travail suisses. Les buts de la Société sont la promotion de la médecine du travail en Suisse, l'échange de connaissances et d'expériences dans le domaine de la médecine du travail, la mise en valeur d'intérêts communs et le soutien de prises de position conformes à la politique de la FMH. Elle fonctionne comme société de discipline pour la médecine du travail dans la FMH et représente la médecine du travail au sein de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes.

L'**Association suisse des médecins d'entreprise des établissements de soins (SOHF)** regroupe les médecins du personnel de beaucoup d'institutions de soins suisses. L'association émet des recommandations et collabore avec les institutions officielles (SUVA, OFSP,...) pour l'établissement de recommandations dans son domaine. Elle participe à la formation par l'organisation de cours et de congrès et par la mise à disposition d'informations concernant la prévention professionnelle sur son site internet (www.sohf.ch). Elle est à disposition pour conseiller les institutions de soins dans le domaine de la prévention professionnelle. L'association est actuellement soutenue par plus de 40 institutions de soins.

Merci aux sponsors qui ont soutenu et permis ainsi la réalisation de ce symposium :

GlaxoSmithKline (GSK)

Novartis Vaccines

Becton Dickinson (BD)

Jeudi 2 septembre 2010

10h00 F. Zysset Bienvenue

2 septembre - matin

Modérateurs :

Dr Katharina Schmid-Ganz
Dr Laurence Wasem

Médecine interne FMH, membre du comité de la SOHF
Médecin du travail FMH, membre du comité de la SSMT

10h15	N. Sandret	Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants	4
11h00	R. de Gaudemaris	Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les personnels soignants : de la mesure dans les unités de travail à la prévention.	7
12h00	F. Zysset	Gestion des absences : win-win or lose-lose ?	8
12h15	S. Grebner	Gestion des absences de courte durée : le point de vue d'une psychologue du travail	11

13h00
14h00

Repas (restaurant Nestlé ou du CHUV)
Dessert, café, visite des posters (Hall du congrès)

2 septembre - après-midi

Modérateurs :

Dr Michael Trippel
Dr Jacques-François Holtz

Médecin du travail FMH, Secrétaire de la SOHF
Médecin du travail FMH

14h30	M. Estry-Behar	La souffrance au travail n'épargne pas les médecins	12
15h30	J. Torgler	Swiss Remed : un réseau de soutien pour médecins	14

15h50 **Pause**

16h20	F. Regamey	Motifs d'inaptitude à l'engagement en établissement de santé	15
16h40	A. Haas	Adapter les postes de travail aux potentialités des collaborateurs vieillissants	16
17h00	O. Favre	Grossesse : utilité d'une analyse préalable des risques au poste de travail	17

17h30 **Assemblée générales de la SOHF**

19h30 **Apéritif - Dîner (pour les participants inscrits au repas)**

Vendredi 3 septembre 2010

08h30 F. Zysset Informations sur le déroulement de la journée

3 septembre - matin

Modérateurs :

Dr Lionel Sctrick

Médecin du travail, président de l'ANMTEPH, France

Prof. Brigitta Danuser

Médecin du travail, Directrice Institut universitaire romand de Santé au Travail

08h40 L. Wasem Utilité de l'évaluation de médecine du travail lors d'incapacités de longue durée 18

09h10 J. Roblin Rôle de l'infirmière de santé au travail lors d'incapacités de longue durée 19

09h30 D. Francioli Ergonomie au service de la réhabilitation 20

10h10

Pause

10h40 S. Rusca Bilan de médecine du travail en cas d'incapacités de longue durée: quels résultats en pratique 22

11h10 L. Sctrick Gestion des incapacités de travail de longue durée dans les établissements de santé français 23

11h50 J. Holtz Décision d'inaptitude = abandon de la profession ? 25

12h20 M. Lepori L'intervention précoce: un outil performant pour la réinsertion en entreprise 26

13h00

Repas (restaurant Nestlé ou du CHUV)

14h00

Dessert, café, visite des posters (Hall du congrès)

3 septembre - après-midi

Modérateurs :

Dr Daniela Margelli

Médecin du personnel de l'Hôpital universitaire de Bâle, comité SOHF

Dr Sophie Rusca

Médecin du travail FMH, Hôpital du Valais

14h30 M. Trippel Capacité de travail et 5ème révision de l'AI 29

15h00 I. Rajower Rôle des médecins dans l'assurance invalidité fédérale (AI) 30

16h20 U. Grüter Intégrer des personnes atteintes dans leur santé en entreprise ? 33

16h20 B. Danuser Conclusions du congrès

F. Zysset

16h30

Fin du symposium

Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003

Dr Nicolas Sandret
Médecin-inspecteur
Ile de France, France

N.SANDRET (Médecin-inspecteur Ile de France)
D. WALTESPERGER (Direction de l'animation, de la recherche et des statistiques)
I. CAMUS (Médecin-inspecteur Rhône-Alpes)

Selon les résultats de l'enquête SUMER (1) menée en 2003, les personnels soignants non médecins des hôpitaux (principalement infirmiers et aides-soignants), très majoritairement féminins, se distinguent nettement de l'ensemble des salariés par un cumul de contraintes horaires et organisationnelles.

La moitié du personnel soignant travaille en équipe (2X8, 3X8, etc...) et 34% associent travail en équipe et horaires variables, ce qui rend difficile une vie sociale ou familiale. Cette perturbation est majorée par le fait que 67% du personnel soignant travaille occasionnellement ou souvent le week-end.

Les contraintes organisationnelles entraînent « un travail bousculé ». 70% des salariés ont une obligation fréquente d'interrompre une tâche pour une autre, non prévue, 72% doivent répondre à une demande extérieure immédiatement, 39% ne peuvent interrompre le travail quand ils le souhaitent, enfin, 55% d'entre eux doivent se dépêcher toujours ou souvent.

Ce ressenti est majoré par le fait que 49% considèrent ne pas avoir de collègues en nombre suffisant pour faire du travail de qualité.

La pénibilité physique est souvent associée à un manque de moyens et l'obligation de travailler dans l'urgence: 43% des personnels soignants sont debout plus de 20 heures par semaine, 23% font de la manutention manuelle de charges plus de 20 heures par semaine et 35% d'entre eux considèrent disposer de peu de moyens ou du matériel inadapté.

Les expositions aux produits chimiques sont inhérentes à la fonction, ainsi 35% des personnels sont exposés aux alcools, 22% aux oxydants (eaux oxygénées), 50% au tensio actif et 23% aux médicaments allergisants. Enfin, 8% des salariés sont exposés aux cytostatiques et 6,5% aux formaldéhydes, ces deux derniers produits sont potentiellement cancérigènes tout comme les radiations ionisantes auxquelles sont exposés 11% des salariés.

A ces contraintes, s'ajoute un sentiment de responsabilité très affirmé puisque 92% considèrent qu'une erreur de leur part aurait des conséquences sur la qualité ou pourrait entraîner un danger pour la sécurité du salarié ou d'autres personnes.

Ces personnels sont aussi majoritairement en contact avec le public et ressentent pour 22% d'entre eux des tensions permanentes ou régulières avec celui-ci. 82% craignent un risque d'agression verbale et 61% d'agression physique. Ils sont 41% d'entre eux à avoir subi dans les 12 derniers mois une agression verbale et 7% une agression physique.

Un salarié sur deux, conformément au protocole, a rempli un auto-questionnaire dans lequel étaient incluses des questions sur son ressenti vis-à-vis de son travail, et ses répercussions sur sa santé ainsi que le questionnaire du karaseck et des questions sur les comportements hostiles vécus au travail.

Du côté du ressenti du travail, 43% des salariés considèrent qu'il est très fatiguant et 48% très stressant, 32% jugent qu'il est mauvais pour la santé. Mais malgré tout, ils ne sont que

32% à vouloir en changer maintenant ou plus tard, peut être en raison de la spécificité de leur formation et de la stabilité de leur emploi mais peut être aussi parce que ces professions supposent un engagement intense dans le travail.

Il ressort de l'étude du Karaseck que les personnels soignants subissent une demande psychologique plus forte que la population des salariés en général. D'autre part, ils disposeraient d'une plus faible latitude décisionnelle que la moyenne des salariés: le soutien social étant peu différent de celui des autres salariés. De tout ceci, il ressort que presque un tiers des personnels soignants sont en situation de jobstrain. Les salariés en situation de jobstrain ont un risque plus important de développer des problèmes cardiovasculaires, des dépressions et des troubles musculo squelettiques.

Parallèlement, 19% (versus 17% pour l'ensemble des salariés) des personnels soignants considèrent avoir subi des comportements hostiles de la part de leurs collègues ou supérieurs durant l'année écoulée.

Il y a un lien entre la réduction de la latitude décisionnelle, du lien social et de l'augmentation de la demande psychologique et le nombre de salariés se plaignant de comportements hostiles.

La population des personnels soignants est donc exposée dans le cadre de son travail à des fortes contraintes organisationnelles, physiques sans compter les expositions aux produits chimiques et aux agents biologiques et à un ressenti de travail globalement assez négatif. C'est ce qui a été montré aussi dans l'enquête européenne Next Prest qui essayait de mieux comprendre les raisons des cessations anticipées du travail de ces salariés.

Une nouvelle enquête SUMER s'est déroulée en 2009. Elle permettra de suivre l'évolution des conditions de travail depuis 2003.

L'ENQUÊTE SUMER 2003 (1)

L'enquête SUMER, lancée et gérée conjointement par la Direction générale du travail (inspection médicale du travail) et la Dares, dresse un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France, 80% des salariés de la métropole sont couverts par l'enquête SUMER; en 2003, elle ne couvrait pas les fonctions publiques d'Etat et territoriales, une partie des transports (règles urbaines et transport par voies d'eau), les mines, la pêche, France Télécom...

La force de cette enquête repose, d'une part, sur l'expertise du médecin du travail qui peut administrer un questionnaire parfois très technique et, d'autre part, sur le grand nombre de salariés enquêtés, ce qui permet de quantifier des expositions à des risques relativement rares.

Concernant les risques psychosociaux, un questionnaire auto-administré a été proposé à un salarié sur deux interrogé à l'enquête, 24'486 personnes ont répondu à cet auto-questionnaire, qui comportait le questionnaire dit « de Karasek » sur les risques psychosociaux au travail, ainsi que des questions sur l'état de santé, les arrêts de travail pour maladie et les accidents du travail, les comportements hostiles subis au travail.

L'enquête s'est déroulée sur le terrain de juin 2002 à fin 2003; 1'792 médecins du travail soit plus de 20% des médecins du travail en exercice, ont tiré au sort 56'314 salariés, dont 49'984 ont répondu. Parmi ces répondants, un peu plus de 2'400 étaient des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants et ambulanciers, techniciens paramédicaux...) salariés dans des établissements ayant des activités hospitalières.

Les médecins salariés hospitaliers n'ont pas été enquêtés dans le cadre de l'enquête SUMER car ils sont peu suivis par la médecine du travail.



**Contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO)
chez les personnels soignants : de la mesure dans les
unités de travail à la prévention. Etude ORSOSA**

Prof. Régis de Gaudemaris
Professeur des Universités - Praticien hospitalier
CHU de Grenoble - Université Joseph Fourier
Grenoble, France

Introduction : Les conditions de travail se sont notamment dégradées dans les hôpitaux du fait du manque d'effectif, de la tarification à l'activité, de la lourdeur de prise en charge des patients de plus en plus âgés et multi pathologiques et de la nécessité de concilier la vie professionnelle et familiale. Le management médical et technique est peu préparé pour réduire le niveau des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) ainsi générées. Si l'approche par le stress et la souffrance au travail renvoie à une approche individuelle culpabilisant volontiers les individus et médicalisant leur prise en charge, il est évident qu'il faut agir aussi sur les contraintes psychologiques et organisationnelles au niveau collectif au sein des unités fonctionnelles. C'est dans ce cadre qu'a été développé par le réseau inter-CHU français un outil de mesure des contraintes psychologiques et organisationnelles ainsi qu'une démarche de prévention au sein des équipes.

Méthode : Les équipes hospitalo-universitaires de 7 CHU se sont associées pour développer un outil de mesure des contraintes psychologiques et organisationnelles au niveau des unités de soins. Cet outil a été développé à partir du questionnaire RNWI anglo-saxon qui dépiste les hôpitaux magnétiques (retiennent leur personnel) ; ce questionnaire est aussi associé à l'état de santé des soignants et à la qualité des soins. Un focus groupe a permis de rajouter une trentaine de questions portant sur les organisations pratiques au sein des unités de travail. Le questionnaire initial ainsi que les 32 questions rajoutées ont été utilisés dans la cohorte ORSOSA : cette cohorte de 4500 infirmières et aides-soignantes issues de 210 unités fonctionnelles représentatives de 7 CHU français. Le premier recueil des informations a été fait en 2006, un deuxième en 2008. Des mesures objectives des contraintes psychologiques et organisationnelles ont été aussi réalisées par observation ergonomique du travail ainsi que par recueil des informations quantitatives sur les organisations du travail.

Résultats : La validation de ce questionnaire a suivi toutes les étapes rigoureuses internationales concernant notamment sa validité de construction, sa reproductibilité et sa validité de contenu. A partir de 22 questions, il met en évidence 8 dimensions sur lesquelles il est possible d'agir au sein des unités de travail : organisation qui ne permet pas la communication, soutien insuffisant du cadre, effectif insuffisant pour la charge de travail, interruption durant les tâches, mauvaises relations entre soignants, pas le même partage du sens du travail, manque de support de l'administration, organisation qui ne permet pas le respect des congés. L'ensemble des données obtenues des 7 CHU a permis de créer un observatoire des niveaux de contraintes et permis de définir un seuil d'alerte au-delà duquel, dans une unité donnée, on peut observer des dimensions sur lesquelles il y a une priorité d'action. La méthodologie de rendu des résultats au niveau de l'établissement mais surtout au niveau de chaque unité de travail est actuellement en cours d'évaluation.



Gestion des absences : win-win or lose-lose ?

Dr Frédéric Zysset
Médecin du travail FMH
Médecine du travail pour les établissements de santé
Lausanne, Suisse

Depuis une dizaine d'années, la gestion des absences de courte durée est un thème « à la mode » dans le cadre des mesures de gestion du personnel mises en place par les entreprises. Ces mesures sont souvent considérées comme positives tant pour l'employeur que pour les employés. Cette démarche fait souvent miroiter des économies considérables pour l'entreprise, liées à la réduction des absences. La procédure fait généralement référence à l'absentéisme, terme qui suggère une sorte de « maladie des absences » et qui semble sous-entendre que les absences sont, de principe, plus ou moins abusives et injustifiées. Beaucoup d'entreprises ont mis en place de telles procédures qui reposent souvent sur l'interview systématique lors du retour au travail. Cet entretien peut être assez rapidement ressenti comme intrusif par le collaborateur selon la manière dont il est mené. Des téléphones réguliers au collaborateur absent sont souvent proposés. Ces appels peuvent être bienvenus si la démarche résulte d'une réelle préoccupation de l'employeur à l'égard de son collaborateur, mais peuvent être ressentis comme une intrusion, un manque de confiance et une pression de l'employeur, s'ils sont motivés essentiellement par le retour du collaborateur à son poste de travail. Certaines entreprises ont mis en place des systèmes de classement des équipes selon leurs bons résultats en termes de taux d'absence. A l'extrême, l'employeur récompense les équipes dont les taux d'absence sont les plus bas. Ces dernières mesures sont problématiques car elles conduisent les travailleurs à faire eux-mêmes pression sur leurs collègues absents, ce qui crée des tensions majeures dans les équipes et stigmatise les collaborateurs malades. Ainsi, les mesures pour réduire les absences reposent souvent sur une pression sur le collaborateur absent, sans prendre en compte les facteurs qui influencent le taux des absences dans l'entreprise.

En réalité, les causes des absences de courte durée sont complexes, allant des maladies somatiques, à des phénomènes de « soupape » pour des travailleurs en surcharge professionnelle, voir en préburnout, en passant par des problèmes d'organisation de la garde des enfants ou une démotivation professionnelle dans des ambiances tendues ou dans des systèmes où les absences sont fréquentes et les absents non remplacés. Ces différentes causes sont d'ailleurs souvent combinées dans l'explication d'une absence donnée.

De facto, le taux des absences de courte durée est un indicateur de l'ambiance et des conditions de travail, de la motivation des collaborateurs, de la solidarité, de la bonne adéquation entre les effectifs et la charge de travail, de la prise en compte par l'employeur des difficultés personnelles du travailleur dans l'exécution de sa tâche. Si les mesures sont prises essentiellement à l'égard des collaborateurs absents, ceci conduit à réduire le phénomène « soupape » lié à l'absence, à augmenter la pression sur les travailleurs, voir à dégrader l'ambiance de travail et les rapports de confiance entre l'employé et l'employeur. Si l'action sur les collaborateurs absents aboutit généralement, à court terme, à une baisse des absences, ceci génère malheureusement à long terme une dégradation du climat de travail dont les conséquences seront probablement une augmentation du turn-over des employés,

une démotivation, un manque de solidarité et d'entre-aide entre les travailleurs, une baisse de rendement (présentéisme) et une augmentation des absences de longue durée.

Par contre, si ces absences de courte durée sont réellement considérées comme un indicateur et donc comme un symptôme « de la santé de l'entreprise », on peut alors essayer de les influencer positivement en agissant sur les conditions de travail et les facteurs de motivation et de cohésion des équipes, plutôt que de cibler l'individu absent. Cela ne signifie pas qu'une saine préoccupation ne doit pas être portée au collaborateur malade, mais cela doit se situer dans un esprit empathique et non dans une intention de réduction des absences. Rien n'empêche alors de se préoccuper d'un collaborateur régulièrement absent, d'examiner l'amélioration possible de ses conditions de travail, voir de l'adresser au médecin du travail pour évaluer les mesures permettant la meilleure intégration possible au travail tout en prenant en compte les difficultés présentées par l'employé. Il est probable qu'en améliorant les conditions de travail, qu'en se préoccupant de la motivation des collaborateurs, qu'en remédiant aux dysfonctionnements des systèmes, qu'en ajustant les effectifs, qu'en générant un esprit d'équipe et d'entraide et qu'en se préoccupant de manière empathique des collaborateurs malades, on parviendra à modifier positivement l'indicateur « absences de courte durée ». L'employeur et le travailleur seront alors réellement tous deux gagnants !

**Gestion des absences de courte durée : le point de vue
d'une psychologue du travail**

Prof. Dr Simone Grebner
Psychologue
Fachhochschule Nordwestschweiz
Olten, Suisse



La souffrance au travail n'épargne pas les médecins

Dr Madeleine Estry-Behar
Praticien hospitalier en médecine du travail,
épidémiologiste, docteur en ergonomie
Hôtel-Dieu
Paris, France

Auteurs: Madeleine Estry-Behar, Clémentine Fry, Max-André Doppia, Gérard Machet, Dominique Muster

Objectif: L'objectif de l'enquête Santé et Satisfaction des Médecins au Travail (SESMAT) était d'étudier les conditions de survenue et la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins et pharmaciens salariés des établissements publics de soins, en médecine du travail et en santé publique. L'objectif secondaire était d'analyser les conditions de travail favorisant l'attractivité et la fidélisation du mode d'exercice.

Type d'étude: Un questionnaire anonyme autodéclaratif a été diffusé par l'intermédiaire d'un site Internet dédié. Le champ de l'épuisement professionnel a été exploré avec le score du *Copenhague Burnout Inventory* (CBI). Différents scores ont été utilisés: conflit travail/famille; satisfaction du salaire; qualité du travail d'équipe; relations interpersonnelles; influence au travail; demande quantitative; santé perçue. Une analyse multivariée par régression logistique multiple, utilisant le logiciel SPSS12, a cerné le rôle propre de chaque facteur (Odds Ratio ajusté : ORaj).

Sujets: Sur les 4799 praticiens qui ont accédé au questionnaire sur le site, 3196 médecins et pharmaciens ont rempli un questionnaire utilisable, soit, un taux de réponse de 66%. Afin de contrôler les biais liés à la possible surreprésentation de certaines spécialités, nous avons tiré au sort un échantillon représentatif de 1924 médecins et pharmaciens parmi l'ensemble de la base de données, selon les quotas exacts caractérisant la répartition de l'ensemble des médecins et pharmaciens salariés français: femmes 42,5%, 8,2% < 35 ans d'âge, 33,8% entre 35-44 ans, 34,5% entre 45-54 ans et 23,6% âgés de 55 ans et plus. La répartition des médecins dans les 23 régions administratives a également été respectée. La répartition par spécialité a été mise en conformité avec les quotas de référence.

Résultats: Le questionnaire de Copenhague (CBI) a permis de mesurer un épuisement professionnel élevé (score supérieur ou égal à 3 sur une échelle de 1 à 5) chez 42,4% de l'échantillon représentatif des médecins. Les facteurs qui sont liés au syndrome d'épuisement professionnel, sont, en premier lieu, le **score de conflit travail/famille élevé**, le syndrome d'épuisement professionnel est alors quatre fois plus fréquent (ORaj=4,45). Une **demande quantitative élevée** triple la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel (ORaj=3,18) et une **faible qualité du travail d'équipe** la double (ORaj=2,09). La **Crainte de commettre des erreurs** double quasiment la survenue du syndrome d'épuisement professionnel (ORaj=1,89). Un **score bas de qualité des relations interpersonnelles** augmente d'une fois et demi la survenue du syndrome d'épuisement professionnel (ORaj=1,63). Par contre, une faible satisfaction du salaire a un impact inférieur (ORaj=1,29). Les femmes sont plus exposées que les hommes (ORaj=2,02). Mais une analyse menée séparément parmi les médecins femmes et hommes retrouve les mêmes facteurs de risque avec une importance voisine.

Conclusion: En France, le syndrome d'épuisement professionnel est une réalité et affecte 40% des praticiens salariés dans les établissements de soins. Les femmes vivent plus difficilement leur travail que les hommes. Les médecins éprouvent encore des difficultés à s'avouer leur souffrance psychologique et leur épuisement professionnel. La culture collective particulière de certaines spécialités au travail est peut-être un facteur de protection. Les efforts d'information, d'éducation et d'évaluation doivent se poursuivre pour lever le tabou social qui entoure les risques psychosociaux au travail chez les médecins. L'amélioration de l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle et une meilleure hygiène de vie, ainsi que la facilitation du fonctionnement des collectifs de travail pluridisciplinaires apparaissent comme des priorités, d'autant plus que les résultats infirmiers de l'étude Presst-Next sont concordants.



Swiss Remed : un réseau de soutien pour médecins

Dr Jacqueline Torgler
Médecin généraliste FMH
ReMed Team
Genève, Suisse

Introduction

Les médecins exercent une profession exigeante pleine de responsabilités et de défis. A l'instar d'autres professions, il est possible que certains d'entre eux soient confrontés à des difficultés d'ordre personnelles, professionnelles ou de santé physique ou psychique. Pour bon nombre, il est difficile d'endosser le rôle de patient et de demander de l'aide.

Offre ReMed

ReMed est un réseau de soutien pour médecins en situation de crise qui a pour objectif de garantir des soins médicaux de haute qualité et de garantir à la population des soins médicaux sûrs et de qualité élevée.

La santé du médecin est au cœur de ce projet qui vise tout d'abord à engager une réflexion sur les risques professionnels et sur les possibilités existantes en matière de promotion de la santé et de prévention. ReMed propose une assistance ciblée dans la recherche d'une solution, une mise en contact avec des offres existantes d'aide et de soins et élabore d'un commun accord des mesures visant une réintégration réussie.

ReMed garantit d'être traité et de bénéficier des mêmes droits que tout autre patient. L'offre de ReMed comporte le mentorat-sensibilisation, le coaching-accompagnement et l'évaluation intervention.

ReMed n'est pas un organe de surveillance et n'a pas de compétences d'investigation ni de sanction.

La prise de contact auprès de ReMed peut se faire par la ligne d'assistance 0800-0-REMED (0800-0-73633), par la personne de contact cantonale ou nationale, par Internet (www.swiss-remed.ch) ou par e-mail (info@swiss-remed.ch). Toutes les mesures sont prises dans le respect des dispositions régissant la protection des données et le secret médical (art. 321 du Code pénal). Lors de chaque prise de contact, ReMed répond dans les 72 heures auprès du médecin concerné.

Equipe en charge du projet

Le projet pilote est placé sous la responsabilité de la FMH. Il fait l'objet d'une évaluation continue.

ReMed est un organe opérationnel agissant de manière indépendante au sein de la FMH.

Le Comité de direction est chargé de la direction stratégique et opérationnelle du projet.

La direction nationale de ReMed, qui est l'organe de contact, s'occupe de la mise en réseau, du recrutement et de la formation de mentors et de coachs.

Phase pilote

Après une phase test en Thurgovie et Neuchâtel cette offre sera à disposition dans toute la Suisse très prochainement.



Motifs d'inaptitude à l'engagement en établissement de santé

Dr Frédéric Regamey
Médecin du travail FMH
Hôpital Neuchâtelois
Neuchâtel, Suisse

Même si l'évaluation de l'aptitude à l'engagement en établissement de santé s'opère au niveau individuel, elle s'inscrit dans une gestion collective du risque impliquant une démarche intégrée de médecine du travail. En ce sens, l'aptitude se conçoit comme l'abilité à réaliser une tâche avec un risque acceptable tant pour l'individu que pour son environnement.

Pour mieux apprécier les enjeux de cette démarche, le contexte réglementaire et déontologique encadrant l'évaluation d'aptitude doit être considéré, de même que les principes de gestion du risque. Ainsi, la décision d'aptitude vise non seulement à permettre la protection de la santé et le respect de la sécurité mais également à garantir la protection de la personnalité et à respecter le principe de proportionnalité. Ces notions cadres doivent permettre d'éviter toute sélection à l'embauche ou autre forme de discrimination.

Dans les établissements de soin, les principales situations impliquant une potentielle limitation d'aptitude regroupent à mon sens (hormis la protection de la maternité) les problèmes cutanés, musculosquelettiques, infectieux ainsi que les troubles psychiatriques, d'abus de substance et nyctéméraux. Une aptitude conditionnelle pourra être maintenue si l'application d'une démarche classique de réduction du risque permet d'éviter ou de limiter (par des mesures techniques, organisationnelles ou personnelles) le risque identifié. Si malgré cette démarche, le risque ne peut être rendu acceptable une décision d'inaptitude pourra être rendue dans le respect des principes énoncés au paragraphe précédent.

La survenue d'une inaptitude doit toujours soulever la question du suivi médical et asséculoologique ainsi que de l'estimation de la part professionnelle dans la problématique de santé. Une annonce auprès de l'assureur LAA pour suspicion de maladie professionnelle ou auprès de l'AI pour requérir à des mesures professionnelles pourra, le cas échéant, être entrepris.

L'évaluation d'aptitude consiste donc en une gestion intégrée du risque médico-professionnel dans le respect du cadre réglementaire et de la singularité d'une trajectoire personnelle.



Adapter les postes de travail aux potentialités des collaborateurs vieillissants

Alain HAAS
Consultant senior et formateur
Société ISMAT S.A.
Villars sur Glâne, Suisse

Savoir évaluer les capacités de travail des collaborateurs vieillissants et les capacités d'adaptation structurelle de l'établissement de soins. Créer au sein de l'établissement une structure d'échanges et de mise en lien de ces préoccupations : une compétence organisationnelle à acquérir en vue d'adapter les postes de travail aux potentialités des collaborateurs. Quels enjeux ? Quels outils ? Et pour qui ?

- Evaluer les potentialités professionnelles des collaborateurs vieillissants tout au long de leur carrière :

- L'interface santé-travail : le rôle clé du médecin du travail

A l'intersection entre l'état de santé du collaborateur et les contenus de son activité professionnelle, l'interface santé-travail permet d'établir avec précision les contenus de l'activité professionnelle affectés par l'état de santé ainsi que de déterminer les limitations fonctionnelles.

- Déterminer les capacités de l'établissement médical à adapter sa structure aux limitations fonctionnelles des collaborateurs :

- L'analyse du poste de travail : une implication des responsables hiérarchiques

L'analyse du poste de travail permet de comprendre le contenu de l'activité déployée par le collaborateur et de déterminer quels éléments de son activité sont partiellement ou totalement affectés par sa limitation. Il est demandé aux responsables hiérarchiques d'examiner si des adaptations du poste de travail peuvent être effectuées.

- Implanter une structure et des indicateurs permettant aux acteurs concernés d'interagir de manière collective afin de rechercher des solutions optimales tant pour le collaborateur que pour l'établissement.

- Une méthode globale d'analyse composée de modules et proposant des actions : une responsabilité de la direction et un soutien des responsables ressources humaines

Compte tenu de la multiplicité des intérêts en présence et des acteurs concernés par une modification de la capacité de travail d'un collaborateur et de ses effets, il est important que le modèle de gestion adopté soit collectif et que ses modules délimitent clairement les rôles et les champs d'actions des différents acteurs concernés, dans un souci de coordination des actions. La particularité de la situation pourra ainsi être gérée de façon optimale.



Grossesse : utilité d'une analyse préalable des risques au poste de travail

Olivier Favre, Sylvie Praplan
Coordinateur Santé Sécurité au travail
CHUV
Lausanne, Suisse

L'ordonnance fédérale sur la protection de la maternité détermine les conditions cadres qui doivent être remplies dans les entreprises afin de protéger les femmes enceintes et allaitantes. Elle précise entre autres qu'une analyse de risque doit être réalisée pour aider le médecin à établir une aptitude à travailler pour une femme enceinte ou allaitante.

Le CHUV dispose d'une directive institutionnelle depuis 2004 (révisée en 2008) qui a pour objet d'établir les règles nécessaires à la protection des femmes enceintes ou qui allaitent. Les principaux dangers identifiés dans un hôpital universitaire sont par exemple :

- le déplacement de charges lourdes
- les travaux exposant au froid, à la chaleur ou à l'humidité
- les tâches imposant des mouvements et des postures engendrant une fatigue précoce
- les activités avec expositions aux micro-organismes
- les activités exposant au bruit
- les activités exposant aux effets de radiations ionisantes
- les activités exposant aux effets de substances chimiques dangereuses
- les systèmes d'organisation du temps de travail très contraignants

La plupart de ces thèmes demande à être évalués par un spécialiste en Santé /Sécurité au Travail. Au CHUV, l'analyse de risque est réalisée en collaboration avec un hygiéniste du travail un médecin du travail et/ou un ergonome. Elle permet de fixer les activités :

- à proscrire
- qui peuvent être faites sous réserve de mise en place de solution transitoire
- qui peuvent être faites sans modification du procédé de travail.

Idéalement ce travail devrait être réalisé pour l'ensemble des services et être régulièrement remis à jour en cas de changement de procédé de travail. Cela permettrait de pouvoir gérer les trois premiers mois de la grossesse qui est la période la plus à risque pour l'exposition à certains produits chimiques ou microorganismes. Ce travail réalisé dans certains services a permis également de créer des postes de travail qui sont compatibles en cas de grossesse et l'organisation du travail s'en trouve facilitée. Les collaboratrices concernées rapportent également qu'une analyse de risque permet de les rassurer en vue des risques auxquels elles sont confrontées dans le cadre professionnel. L'analyse de risque a priori est difficile à mettre en œuvre dans le domaine universitaire et recherche (changement rapide de personnel, de protocoles, techniques, médicaments et produits etc.)

Le rendu de l'analyse de risque permet de garantir une égalité de traitement pour toutes les personnes concernées et de pouvoir anticiper et ainsi organiser le service de manière appropriée. Elle permet également souvent de relever des problématiques de travail qui concernent l'ensemble du personnel.



Utilité de l'évaluation de médecine du travail lors d'incapacités de longue durée

Dr Laurence Wasem
Médecin du travail FMH
Saint-Sulpice, Suisse

Introduction

L'évaluation de l'incapacité de travail est du ressort des médecins, tandis que l'incapacité de gain est du ressort des assureurs. L'aptitude à exercer l'activité professionnelle doit être appréciée par des médecins, préférentiellement médecins du travail. A l'aide du rappel de quelques définitions, nous essayerons de cerner « qui fait quoi ».

Evaluation de médecine du travail

De quels outils spécifiques les médecins du travail disposent-ils, dont les autres docteurs ne seraient pas familiers, pour rendre leur avis d'aptitude ?

La détermination, en particulier après un arrêt de travail de longue durée est utile pour permettre la reprise d'activité, éventuellement avec aménagement de poste ou sous réserve de ne pas effectuer certaines opérations, ou encore pour aboutir à une inaptitude transitoire ou définitive.

A qui profite l'évaluation ?

Selon de quel point de vue l'analyse se fait, des conflits d'intérêt peuvent survenir. N'y a-t-il pas pléthore de partenaires à convaincre ? Quelle certitude peut avoir le médecin du travail d'être entendu, et compris, par les case managers, l'employeur, le patient-travailleur, les Responsables de Ressources Humaines, le médecin traitant, l'assureur perte de gain ou l'assureur invalidité ? Quel intérêt peuvent avoir ces différents intervenants de faire appel au médecin du travail ? Une évaluation de médecine du travail rapporte-t-elle plus qu'elle ne coûte ? apporte-t-elle une réelle plus-value à la problématique du collaborateur/trice absent ? Est-elle vraiment nécessaire et utile ?

Illustration

Concrètement, après une pratique de 5 ans de prises en charge et suivis de médecine du travail de collaborateurs/trices d'une entreprise publique en arrêt de travail prolongé pour raison médicale, sur la base de quelques vignettes cliniques, nous tenterons d'apporter des éléments de réponses à ces questions.

Rôle de l'infirmière de santé au travail lors d'incapacités de longue durée

Judith Roblin
Infirmière de santé au travail
Hospice général
Genève, Suisse

L'Hospice général, fondé en 1535, est un établissement public autonome chargé de mettre en œuvre la politique sociale du canton de Genève : aide sociale, aide aux requérants d'asile, prévention et information sociale auprès de l'ensemble de la population. Il est établi dans toutes les communes du canton, compte cinquante lieux de travail et 938 collaborateurs.

Créé en 2003, le Service santé du personnel de l'Hg a pour mission de mettre en œuvre la politique de santé et sécurité au travail définie par la Direction des Ressources humaines, à laquelle il est directement rattaché. Ses principales missions : soutien et conseil auprès des collaborateurs (problématiques d'ordre professionnel et privé, absences et reprise du travail, situations de violence au travail, questions ergonomiques) ; prévention des maladies transmissibles ; coordination MSST ; sécurité incendie ; diverses campagnes « santé ».

Consécutivement à la 5ème révision de l'Assurance Invalidité, le processus de gestion des absences de longue durée (60 jours et plus) a été révisé : ce nouveau suivi, assuré par les Ressources humaines, le Service santé et les hiérarchies, permet d'accompagner et soutenir les collaborateurs en absence grâce à des contacts plus fréquents, des responsabilités mieux définies et des délais plus clairs. Le rôle spécifique de l'infirmière de santé au travail est multiple :

- apporter son soutien au collaborateur absent dans un contexte neutre (moins intrusif qu'une démarche directe de l'employeur) et dans le respect de la confidentialité (secret médical et respect de la protection des données personnelles)
- garantir le maintien d'une relation de confiance entre le collaborateur et sa hiérarchie
- jouer le rôle d'interface dans la communication entre les différents partenaires (RH, hiérarchies, médecin du travail – voire médecin-conseil – et le collaborateur lui-même) dans un esprit de recherche de solutions personnalisées
- assurer une gestion précoce des situations, propice à une reprise du travail dans des conditions optimales
- participer aux mesures de réadaptation (ex : ergonomie) et accompagner le collaborateur à la reprise du travail et ce jusqu'à la fin du processus de réinsertion
- le cas échéant, accompagner le collaborateur dans ses démarches auprès de l'AI et/ou de la caisse de prévoyance
- sensibiliser les RH et hiérarchies aux situations identifiées comme « à risque » (par ex : indicateurs de souffrance au travail)
- participer à la réflexion sur la prévention des risques psychosociaux, particulièrement présents dans le milieu du travail social
- contribuer à l'amélioration continue des conditions de travail.

Ainsi, la gestion des absences s'inscrit dans une politique globale de santé au travail dont le but est d'agir sur les causes, dans une démarche préventive et participative.

NB : Un exemple de reclassement et un exemple d'aménagement de poste seront détaillés.



Ergonomie au service de la réhabilitation

David Francioli
Coordinateur MSST et ergonomiste
Unité santé au travail, Service de la santé publique - Vaud
Lausanne, Suisse

Définition ergonomie

Le présent article a pour but de montrer l'intérêt de l'analyse ergonomique dans le cadre d'une démarche de réhabilitation. Tout d'abord il faut se rappeler que l'ergonomie est une discipline qui a pour finalité d'adapter le travail aux capacités physiques, psychiques et mentales des personnes (et non le contraire). Partant de ce principe, la réhabilitation est donc un champ d'action naturel pour l'ergonomie.

Cependant il existe deux visions de l'ergonomie qui se sont longtemps affrontées, l'une étant centrée sur l'homme et les normes (vision anglophone), et l'autre centrée sur l'activité (vision francophone). L'approche centrée sur l'activité, permettant de prendre en considération toutes les contraintes spécifiques d'une situation, semble à ce titre la mieux armée pour apporter des solutions dans le cadre de la réhabilitation. En effet, les normes et recommandations ciblent plutôt des groupes d'individus «moyens» dont l'état de santé «moyen» n'a pas de conséquence sur leur travail. Les normes et recommandations permettent de donner des repères pour la législation et l'employeur que ce dernier doit respecter.

Que peut apporter l'approche de l'ergonomie centrée sur l'activité

Ici il ne s'agit pas forcément de connaître le lien entre la maladie et les conditions de travail en tant que cause, mais plutôt du contraire : qu'est-ce que la maladie a comme conséquence sur le travail et, par ricochet, sur l'apparition d'autres symptômes. Avec l'aide du médecin du travail, l'ergonome prend connaissance des limitations physiques autant que psychiques et mentales de l'individu concerné. Ensuite, l'observation de l'activité permet de faire ressortir les tâches qui posent problèmes en rapport avec ces limitations. Se concentrant sur ces tâches, l'ergonome met en évidence des pistes de solution visant à limiter leur nocivité.

Afin de tenir compte de l'ensemble des autres contraintes (exemples : organisationnelles, financières,...), il faut réunir les principaux acteurs (hiérarchie, ressources humaines et employé malade) afin de définir la solution définitive.

Solutions proposées

Il est possible d'agir sur les situations de travail suivant des manières très diverses. On peut agir :

- sur l'organisation personnelle du travail (favoriser une activité, changer l'ordre des tâches, changer de geste,...),
- sur l'organisation (engager du personnel, changer les horaires, changer l'organisation de l'équipe,...),
- sur l'aménagement des postes (disposition du matériel, organisation spatiale du local,...),
- sur les gestes et postures,
- sur les outils et machines utilisées, le mobilier,...
- sur la formation (cours d'ergonomie, améliorer les compétences,...)
- sur les aspects psychosociologiques (soutien moral et technique,...)

Cela fait donc une infinité de chemins pour rendre l'accès au travail à la personne souffrante, et donc la nécessité de faire appel (dans les cas les plus complexes) au débat entre les différents acteurs afin de trouver une solution acceptable pour tous.

Dans la présentation des exemples pratiques seront abordés.

**Bilan de médecine du travail en cas d'incapacités de
longue durée: quels résultats en pratique**

Dr Sophie Rusca
Médecin du travail FMH
Hôpital du Valais
Sion, Suisse

L'Hôpital du Valais est un hôpital multisite doté de 9 établissements de soins, représentant environ 4500 salariés. Si les indicateurs statistiques de ressources humaines révèlent un taux d'absentéisme relativement stable d'une année à l'autre, les objectifs de reclassement professionnel des assurances sociales ainsi que les modèles de case management des assureurs perte de gain ont amené l'employeur Hôpital du Valais à réfléchir à sa propre politique de gestion des absences.

Le recours au médecin du travail pour la prise en charge de situations complexes peut intervenir lorsque les règles classiques de management butent sur l'histoire médicale du salarié et le secret qui l'entoure, sur les difficultés de communication entre des intervenants en quête d'objectifs parfois différents et finissent par s'épuiser par absence de moyens ou de projets pour les collaborateurs en incapacité de travail.

La consultation de médecine du travail répond donc à une demande bien concrète de l'encadrement et des services de gestion du personnel : elle offre la possibilité de répondre aux questions les plus simples, telles que les prévisions concernant la durée de l'absence, les éventuelles limitations dans le poste, les conditions de reprise. Elle permet d'autre part aux salariés d'entrevoir leur employabilité sous un autre angle, mettant en perspective la carrière et les contraintes liées à un état de santé s'inscrivant dans la durée.

Le médecin du travail joue donc ici un rôle de facilitateur entre la sphère privée du salarié, le monde professionnel, l'assureur perte de gain et s'il y a lieu l'assurance invalidité.

Le service de médecine du travail a suivi au cours de l'année 2010 des situations d'incapacité de travail de longue durée, avec des succès réjouissants mais aussi des échecs qui posent question. La recherche d'incitatifs reste en effet un enjeu majeur pour les services/entreprises qui font la démarche d'accueillir des personnes en incapacité de travail et d'offrir des postes adaptés, dans le respect et l'acceptation du handicap au sens large.



Gestion des incapacités de travail de longue durée dans les établissements de santé français

Dr Lionel Sctrick
Médecin du travail hospitalier, Président ANMTEPH
CHI-Poissy-St-Germain-en-Laye
Paris, France

En France, la fonction publique hospitalière (FPH), concerne aujourd'hui un peu plus d'un million d'agents. 7 emplois sur 10 sont occupés par des soignants ; 80% du personnel est féminin. La FPH regroupe, à l'exception du personnel médical (médecins, biologistes, pharmaciens et orthodontistes), l'ensemble des emplois des établissements suivants : les établissements d'hospitalisation publics, les maisons de retraite publiques, les établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, les établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics.

Le taux d'absentéisme pour raisons de santé dans la FPH était situé, en 2007, entre 9,5 et 12,7 % des effectifs (tendance stable) selon l'importance des établissements ; par contre, il existe une progression importante ces 5 dernières années(+ 40%) des maladies contractées en service (8 fois sur 10 liées aux troubles musculo-squelettiques).

Les droits statutaires des fonctionnaires, tels que définis par la loi du 9 janvier 1986, comprennent les droits à différents types de congés maladie (arrêt de travail) : le congé de maladie ordinaire, le congé de longue maladie, le congé de longue durée, le congé pour accident de travail ou maladie professionnelle. A la fin de ces différents congés le fonctionnaire peut bénéficier d'une reprise du travail progressive par octroi d'un temps partiel thérapeutique.

Après un arrêt de travail, si un avis d'inaptitude définitive à la reprise est émis par le médecin du travail, cet avis doit être confirmé par le médecin agréé seul compétent pour statuer sur l'aptitude à la fonction.

Après épuisement des droits à congés statutaires, l'agent titulaire qui ne peut reprendre son travail est :

- soit placé en disponibilité d'office pour raison de santé; dans cette position, l'agent n'acquiert ni de droit à la retraite, ni de droit à l'avancement ;
- soit reclassé à sa demande dans un autre emploi (avis du comité médical);
- soit mis en retraite pour raisons de santé, dès lors que l'inaptitude définitive a été reconnue par la commission de réforme, sous réserve de l'accord de la Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales (C.N.R.A.C.L.).

Après épuisement de ses droits à congés statutaires, l'agent contractuel de droit public qui ne peut reprendre son travail est licencié avec indemnités. Sa situation est examinée par le régime général de la sécurité sociale.

La Fonction Publique Hospitalière se distingue par un fort taux de maintien dans l'emploi de ses propres agents rencontrant une situation de handicap.

Le Comité Médical et (ou) le médecin du travail peuvent demander un aménagement (temporaire ou définitif) du poste de travail pour permettre la reprise du travail en limitant (ou supprimant) certaines tâches susceptibles d'altérer l'état de santé de cet agent devenu plus vulnérable après une maladie ou un accident.

Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique peut accompagner l'employeur dans sa recherche de financement des adaptations des postes de travail.



Décision d'inaptitude – abandon de la profession ?

Dr Jacques-François Holtz
Médecin du travail FMH
1772 Grolley, Suisse

Lorsque l'état de santé d'un travailleur est sérieusement menacé par son activité professionnelle, la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents (Suva) peut prononcer une décision d'inaptitude conformément au chapitre 3 de l'Ordonnance sur la prévention des accidents (OPA).

Les employeurs sont aussi tenus d'annoncer les travailleurs auxquels les prescriptions sur l'inaptitude leur semble applicables.

Cette décision peut être temporaire ou permanente et conduire à une exclusion de l'activité en question (inaptitude) ou à une autorisation d'exécuter un travail à certaines conditions (aptitude conditionnelle).

Le travailleur empêché de poursuivre son travail reçoit de l'assureur LAA (qui peut être une autre assurance que la Suva) des indemnités journalières de transition durant quatre mois si cette exclusion lui cause, à court terme, de graves difficultés économiques, notamment parce qu'il doit quitter son emploi.

Si les conditions décrites dans l'article 86 de l'OPA sont remplies, le travailleur exclu bénéficie d'indemnités pour changement d'occupation représentant un montant équivalent à 80% du salaire pendant une durée limitée de quatre ans.

Chaque année en Suisse, environ 300 personnes font l'objet d'une décision d'inaptitude. La plupart concerne des affections des voies respiratoires ou de la peau et les agents responsables sont principalement la farine, le ciment, les isocyanates et les produits capillaires.

Pourtant le secteur de la santé n'est pas épargné. Qu'en est-il des métiers de la santé et quel impact cela représente-t-il pour les personnes concernées ? Quelques exemples de situation réelle tenteront de répondre à ces questions.



L'intervention précoce: un outil performant pour la réinsertion en entreprise

Marco Lepori
Adjoint de direction
Office de l'Assurance invalidité du canton de Fribourg
Givisiez, Suisse

La 5ème révision de la loi fédérale sur l'assurance invalidité ancre définitivement cette assurance sociale en tant qu'assurance de réinsertion professionnelle. Le maintien en emploi des personnes atteintes dans leur santé est désormais la priorité de l'AI.

Les instruments de cette nouvelle orientation de l'assurance invalidité permettent de détecter les cas à « risque d'invalidité » très rapidement et évitent une trop grande lourdeur administrative. En effet, il est désormais possible de signaler rapidement et simplement à l'AI la situation d'une personne, dès que celle-ci présente une incapacité de travail continue de 30 jours ou des absences de courte durée, se répétant sur une période d'un an. Les premières mesures concrètes sont d'abord axées sur le maintien de la personne à son poste de travail et interviennent au tout début de l'incapacité de travail attestée médicalement. Il s'agit de mesures souples, qui ont l'avantage de pouvoir être rapidement mises sur pied. Pas de catalogue contraignant, la seule limite étant le budget, soit 20'000 francs par cas d'assurance. Dans la grande majorité, il s'agit de mesures de courte durée, pragmatiques et avec des coûts raisonnables; la moyenne de l'investissement pour l'AI est de 5'000 francs.

Deux ans de pratique avec ces nouveaux outils démontrent que l'AI peut jouer un rôle actif dans la prévention et surtout dans le retour précoce à la place de travail. Chaque mesure est mise sur pied en collaboration avec la personne assurée, son employeur et les autres partenaires du réseau (médecin, assureur perte de gain, etc.). L'AI n'a pas la prétention de s'imposer là où la recherche de solutions fait déjà partie des processus de l'entreprise. Elle souhaite apporter un soutien, par le conseil et/ou par une intervention financière, son expérience aussi là où le réseau déjà en place ne dispose pas nécessairement des outils ni des moyens de maintenir la personne atteinte dans sa santé à son poste de travail.

Le personnel soignant, du moins pour ce qui est de l'expérience de ces deux ans à Fribourg, est cependant resté un peu en marge de l'intervention précoce. Cette situation peut s'expliquer par différents facteurs. Le contexte de ce secteur d'activité est particulier. Pour le personnel soignant, l'image de l'AI est peut-être liée à une chronicité, basée sur un vécu professionnel qui l'amène à côtoyer des malades graves. « Je suis le soignant de mon patient ». A ce titre, davantage que dans d'autres domaines professionnels, il aura peut-être à cœur de se prendre en charge en recherchant des solutions personnelles. Quand un membre d'une équipe soignante est confronté à un problème de santé, il essaie de trouver une solution avec ses supérieurs directs ou le service des RH de son établissement : diminution de l'horaire, transfert dans un secteur moins lourd, voire donner son congé.

Cette réaction est compréhensible. Chacun recherche une solution à son niveau, avec son entourage professionnel direct. Ce genre de situation, de réaction se retrouve dans n'importe quel domaine d'activité. Suivant la solution « choisie », il peut parfois en résulter un sentiment d'injustice, la personne est désemparée face à la perte de sa capacité de travail et à ses répercussions.

Diminuer l'horaire de travail ou donner son congé, est-ce les seules solutions envisageables ? Si l'on se trouve seul face à ce choix, peut-être que oui. Mais si l'on accepte de poser toutes les cartes sur la table, peut-être bien qu'il y a d'autres pistes à envisager, d'autres solutions plus équitables et satisfaisant toutes les parties, que ce soit l'employeur, la personne atteinte dans sa santé, les assureurs.

Les Offices AI, avec leurs outils de l'intervention précoce ainsi que les autres prestations de réadaptation professionnelles, se posent en interlocuteurs et partenaires dans la recherche de solutions souples, pragmatiques visant le maintien des personnes atteintes dans leur santé à leur place de travail. S'annoncer à l'AI ne doit plus être perçu comme une mise à l'écart. Au contraire, c'est un moyen de rester à son poste.



Capacité de travail et 5ème révision de l'AI

Dr Michael Trippel
Cabinet de médecine du travail
SYMBA health@work Gesundheitszentrum
Einsiedeln, Suisse

L'objectif suprême de la 5ème révision de l'AI était «réinsertion au lieu de rente». Pour une bonne compréhension de cette présentation et de la suivante (Dr. Med. I. Rajower) nous commencerons par une explication des termes suivants :

Qu'est-ce qu'une réinsertion ?

Quelles sont les (nouvelles) prestations des lois ?

Comment les services AI appliquent-ils la réinsertion en tant qu'organe d'exécution ?

Comment agir concrètement ?

Comment intégrer les médecins traitants dans le processus de réinsertion ?

L'AI vise grâce à la réinsertion à analyser les possibilités et de mettre en œuvre les mesures afin qu'un assuré puisse rester en activité. Ces mesures peuvent concernées l'assuré lui-même, son poste de travail ou l'employeur. Elles se divisent en trois grands groupes : maintien en emploi, mesures d'intégration et mesures professionnelles.

L'état de santé et les restrictions professionnelles ne sont pas précisément déterminés au début d'une maladie ou d'un accident mais évoluent pour cause de poussées, d'accident, de traitement ou de convalescence. Le bilan professionnel, social et médical est à ce moment-donné provisoire et n'a aucun lien avec le processus d'évaluation de l'examen pour l'attribution d'une rente en cas de chronicité. Les médecins du travail et des assurances jouent un rôle important dans le processus de réinsertion. Pour des raisons pécuniaires, les assurances d'accident et d'indemnités journalières utilisent toutes les deux des Case Manager.

L'intégration est séparée en phase précoce du processus d'évaluation d'une attribution de rente. Afin que l'assuré puisse démarrer au plus vite le processus de réinsertion, l'AI a introduit la possibilité de détection précoce (DP) sur simple annonce. Elle déclenche un processus rapide, simple et immédiat pour l'analyse de besoin de réinsertion et pour le démarrage de ce processus. Outre l'assuré, l'employeur ou l'assureur des indemnités journalières peuvent également demander une DP.

La DP est suivi de l'intervention précoce (IP). Il s'agit d'abord d'analyser la raison médicale de l'atteinte à la santé de l'assuré et des conséquences sur son travail. Ceci nécessite souvent l'intervention des médecins traitants. Ce qui importe ne sont pas les incapacités de travail mais plutôt l'analyse afin d'établir si l'assuré peu profiter dans son état de santé actuel d'une intervention professionnelle ce qui implique également l'information sur les mesures de l'IP proposées.



Rôle des médecins dans l'Assurance d'Invalidité fédérale (AI)

Dr. med., M.P.H., M.H.A. Inès Rajower
Surveillance des services médicaux régionaux de l'AI
Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Berne, Suisse

Un des objectifs principaux de la 5ème voir 6ème révision de l'AI est le maintien en emploi et/ou la réinsertion des personnes atteintes dans leur santé physique ou psychique. L'AI paye actuellement dans une mesure non négligeable des rentes aux assurés qui pourraient reprendre (entièrement ou partiellement) un emploi grâce à des mesures professionnelles (médicales, intégratives, spécifiques à leur profession ou à l'aide d'autres moyens). Depuis l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI non seulement les assurés eux-mêmes mais également leurs représentants légaux, les parents, les employeurs, les médecins traitants, les assurances maladies et indemnité journalière concernées, l'assurance militaire, les caisses de pensions ainsi que les organes d'exécution des assurances chômage et de l'aide sociale cantonale ont le droit d'annonce.

Outre les conséquences économiques et sociales les absences professionnelles de longue durée ont des conséquences sur la santé. Une attitude antalgique provoque par exemple déjà après quelques semaines des douleurs chroniques en bas du dos. Lors d'une absence professionnelle encore plus prolongée, la personne concernée développe souvent accessoirement à son atteinte somatique dorsale originale un trouble dépressif qui peut dans le pire des cas muter en dépression profonde. Dans ce cas la réinsertion dans le monde du travail est extrêmement difficile et souvent très coûteux. La majorité de ces cas se terminent avec une dépendance à la rente AI.

Grâce à la 5ème révision de l'AI la réinsertion a encore gagné en terrain par rapport à l'option d'une rente (« **réinsertion au lieu d'une rente** »). Lors de la 6ème révision de l'AI le système de révision des rentes sera d'avantage différencier voir plus fortement adapté à la situation spécifique de l'assuré. L'objectif étant une amélioration des compétences et de la capacité au travail grâce à des mesures ciblées afin de rendre une réinsertion possible et d'annuler ou au moins réduire significativement la rente.

Les médecins pratiquants ont en règle générale établi une relation de confiance avec leurs patients et/ou les assurés dans le cadre des enquêtes médicales et de la prise en charge. Ils deviennent de ce fait des partenaires de premier choix pour les assurés et les offices d'AI pour définir et mettre en pratique les mesures de réinsertion. Ils peuvent ainsi jouer un rôle actif dans la détection et l'intervention précoce afin d'assurer une intégration professionnelle à temps et adaptée des personnes atteintes dans leur santé ou lors d'une réintégration d'une personne déjà titulaire d'une rente. Ce soutien peut se présenter sous la forme d'un travail d'information ou d'un accompagnement médical pendant la phase de réinsertion.

Les médecins des services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont en tant que médiateur entre médecine, droit et assurance responsables de la vérification des assurés au même titre que les spécialistes de la réinsertion, les experts des assurances et les juristes de l'AI. Ils tiennent de ce fait un rôle différent par rapport à celui des médecins traitants. Ces derniers sont responsables du diagnostique et du traitement médical tandis que les

médecins SMR se bornent essentiellement à l'évaluation des atteintes à la santé et leurs conséquences sur l'aptitude au travail et/ou la capacité fonctionnelle de l'assuré à son poste actuel ou pour une activité adapté. Pour des questions plus complexes l'AI fait appel à des experts médicaux externes.

Une bonne collaboration professionnelle de tous les groupes médicaux concernés est indispensable pour obtenir l'objectif suprême de cette révision de loi, à savoir une utilisation maximale du potentiel de réinsertion de l'assuré.



Intégrer des personnes atteintes dans leur santé en entreprise ?

Urs Grüter
Directeur régional pour la Suisse alémanique
IPT intégration pour tous
Zürich, Suisse

Présentation d'IPT et du processus de réinsertion :

Fondation privée à but non lucratif et reconnue d'utilité publique, IPT intégration pour tous est une société de services spécialisée dans la réinsertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé. Fondée en 1972 par des entrepreneurs romands, IPT emploie une centaine de collaborateurs dans plus de 20 bureaux en Suisse.

Leader suisse dans son domaine d'activités, IPT propose un large éventail de prestations qui s'adressent aux entreprises, aux médecins, aux assureurs privés, aux offices régionaux de placement et offices AI ainsi qu'aux services sociaux.

D'une durée moyenne de 6 mois, le processus IPT se déroule au travers de 4 phases qui permettent successivement à la personne de reprendre confiance en elle et en ses ressources, de définir et valider un projet professionnel réaliste, réalisable et durable, et enfin de concrétiser son parcours de réinsertion par un placement temporaire ou fixe en entreprise.

Durant la 1^{ère} phase du bilan, le conseiller IPT collecte des renseignements auprès notamment des médecins et des anciens employeurs avec l'objectif de clarifier les ressources et les limitations de la personne.

En phase 2, la personne est activement mobilisée durant les modules de formation qui lui permettent de renforcer ses compétences personnelles, sociales et professionnelles. Elle valide également son projet professionnel par un stage en entreprise.

La phase 3 du processus IPT est celle du placement. Qu'il s'agisse de placements fixes ou temporaires, IPT répond aux besoins des entreprises et propose du personnel qualifié ou non, de tous secteurs, en s'assurant de l'adéquation entre le poste et le candidat, sans aucun frais de part et d'autre.

Enfin, chaque placement est assorti d'un suivi à la demande. Sans frais, il n'est pas limité dans le temps, de manière à garantir l'intégration du candidat à son nouveau poste dans les meilleures conditions.

Quelques chiffres :

En 2009, la Fondation a pris en charge près de 2'500 personnes, dont 38% ont pu retrouver un emploi durable.

La majorité des mandats (60%) qui sont adressés à IPT proviennent des ORP, 20% des services sociaux et institutions spécialisée, et 15% des hôpitaux et des médecins. Un taux en augmentation ces dernières années.

Concernant le profil des personnes prises à charge, 90% sont des chômeurs longue durée, dont 15% sont sans emploi depuis plus de 5 ans. L'âge moyen a considérablement augmenté ces dernières années. En 2009, près de 70% des personnes prises en charge ont plus de 40 ans, et 1/3 ont plus de 50 ans. Enfin, 2/3 des personnes annoncent une atteinte à la santé physique et 1/4 une atteinte psychique. Il est également courant qu'une personne cumule plusieurs problèmes de santé.

La Société Suisse de Médecine du travail
(SSMT)
www.ssmt.ch

SGARM
SSMT



Association suisse des médecins d'entreprise
des établissements de soins (SOHF)
www.sohf.ch

Un symposium organisé par la SOHF et SSMT et soutenu par

