

Evaluation externe du système de surveillance des maladies à caractère professionnel

Note de présentation 2 - 4

Rapport d'évaluation..... 5 - 12

Commentaires de la Direction Santé Travail.....13 - 14

Coordination

- Maud GORZA, Direction de la Prévention et Promotion de la Santé
- Daniel EILSTEIN, Direction de la Prévention et Promotion de la Santé

Equipe d'évaluation

- Pr. Raymond AGIUS
Professor of Occupational and Environmental Medicine,
Director - Centre for Occupational and Environmental Health,
Centre for Epidemiology, Division of Population Health etc
School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health
The University of Manchester.
- Dr. Lynda BENSEFA-COLAS, MD, PhD
Chef d'unité, Consultation de Pathologies Professionnelles et Environnementales,
Hôpitaux Universitaires Paris Centre
- Pr. Alexis DESCATHA
Directeur de l'Unité de pathologie professionnelle, de santé au travail et d'insertion
Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches

Note de Présentation

Le système de surveillance des maladies à caractère professionnel

Une maladie est considérée comme d'origine professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur ou d'une travailleuse à une nuisance, ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il ou elle exerce son activité professionnelle. Ceci recouvre donc un large panel de maladies, dépendant de nombreux facteurs d'exposition et ayant des conséquences à courts, moyens et longs termes très différentes¹. Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, la Direction santé travail (DST) de Santé publique France (anciennement l'Institut de veille sanitaire), en collaboration avec l'Inspection médicale du travail (IMT), a mis en place un système de surveillance des maladies à caractère professionnel s'appuyant sur un dispositif législatif^{2,3}. En effet, l'existence d'un réseau de surveillance, au niveau national et régional, permettrait de repérer avec une grande fiabilité ces maladies, les populations exposées professionnellement et les secteurs les plus à risques. Celui-ci pourrait également permettre le repérage de nouveaux phénomènes sanitaires associés à l'activité professionnelle et de mieux cibler les politiques de prévention.

Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) basé sur la clinique médicale du travail et l'expertise des médecins du travail était inclus dans le Plan Santé Travail 2010-2014.

L'organisation du système de surveillance

Ce programme de surveillance s'appuie sur un réseau de médecins du travail volontaires. Ces médecins s'engagent à signaler toutes les MCP rencontrées durant des périodes de deux semaines prédéfinies, baptisées "Quinzaine MCP".

Les signalements sont adressés aux médecins inspecteurs régionaux du travail (Mirt) de leur région. La fiche de signalement, anonyme, comporte des informations sur la (ou les) pathologie(s) et les agents d'exposition professionnelle suspectés d'être en lien avec la pathologie signalée, sur l'emploi et le type de contrat de la personne concernée, et sur le secteur d'activité de l'entreprise ; l'année de naissance et le sexe du salarié sont également enregistrés. Un tableau de bord de tous les salarié-e-s ayant bénéficié d'une visite médicale au cours de la quinzaine (données nécessaires au calcul du dénominateur des taux de prévalence) sont également transmis.

Après une 1^{ère} expérimentation dans la région des Pays de la Loire en 2003, le programme de surveillance des MCP s'est étendu progressivement. En 2012, 15 régions participaient. Depuis, 3 régions se sont retirées du programme (Figure 1).

Les données sont analysées et publiées au niveau de la région grâce à la collaboration d'un-e Mirt et d'un-e épidémiologiste. Les données de l'ensemble des régions participantes sont analysées par la DST.

Une application de saisie des données du programme MCP a été développée en 2011 offrant des fonctionnalités pour faciliter la gestion et mise à disposition des données.

Les objectifs du système de surveillance

Ces Quinzaines permettent d'estimer les prévalences et si possible les incidences des affections jugées par les médecins du travail comme imputables au travail. Des descriptions selon certaines caractéristiques professionnelles sont réalisées, ainsi que des comparaisons régionales.

¹ INRS, « Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la sécurité sociale ». Mai 2012 <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20835>

²

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006743141&cidTexte=LEGITEXT000006073189>

³ <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&dateTexte=&categorieLien=id>

Répétées régulièrement, les "Quinzaines MCP" fournissent des données annuelles sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail chez les salarié-e-s actif-ve-s. Elles contribuent à une estimation de l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être déclarées et reconnues au titre des tableaux de maladies professionnelles (MP).

Ce réseau pourrait également permettre le repérage de l'émergence d'éventuels phénomènes sanitaires associés à l'activité professionnelle.

Il aide à l'orientation des politiques de prévention, aussi bien sur le terrain qu'au niveau national.

Les objectifs de l'évaluation externe

Pour le réseau de surveillance :

- identifier les points forts et les points faibles du système de surveillance des MCP au regard de son utilité pour la santé publique ;
- élaborer des recommandations pour améliorer le fonctionnement, la participation et la qualité des données issues de ce système ;
- améliorer l'appropriation de ces résultats collectifs, régionaux et nationaux, par les médecins du travail dans leur pratique quotidienne.

Pour Santé publique France :

- améliorer la qualité globale de la surveillance épidémiologique ;
- ajuster la stratégie de surveillance de SpFrance.

Concernant les aspects propres au dispositif MCP, il s'agissait de :

- s'interroger sur la forme d'organisation qui semble la plus efficiente : faut-il avoir une organisation similaire dans toutes les régions, alors que celles-ci vont être très différentes, tant en termes de surface que de population ?
- comment maintenir un maillage de proximité, indispensable à la sensibilisation des médecins du travail, pour permettre la surveillance d'une population salariée représentative de l'ensemble des secteurs d'activité ?
- une autre difficulté récurrente, est le déficit de Mirt. Est-il possible d'envisager un autre mode d'animation médicale du dispositif au niveau régional ?

Méthode et déroulé de l'évaluation externe :

La méthode de cette évaluation suit les recommandations publiées par le CDC et celles publiées par un groupe de travail européen sur l'évaluation des réseaux de surveillance européens menée par l'ECDC depuis 2006.

L'évaluation est qualitative, sur la base d'un protocole générique à tous les systèmes de surveillance de Santé publique France. Elle vise à déterminer : l'utilité du système (adéquation du système à l'objectif qu'il s'est fixé) ; son mode de fonctionnement ; ses performances techniques ; l'atteinte des objectifs.

L'évaluation a été menée par un groupe de trois expert.e.s, associant une expertise diversifiée dans les domaines des pathologies professionnelles et environnementales et en santé publique. Il s'agissait du Pr. Raymond Agius, du Dr. Lynda Bensefa-Colas-Colas, et du Pr. Alexis Descatha. Ces personnalités ne présentaient pas de conflits d'intérêt relativement à leur mission.

L'évaluation a eu lieu de mai à septembre 2017 :

L'équipe du système de surveillance a fourni un dossier documentaire sur le fonctionnement du système aux experts en amont de l'évaluation.

L'analyse de ces documents et la rencontre sur site d'une journée avec l'équipe du système de surveillance à Saint-Maurice, le 22 mai 2017, ont permis d'appréhender le fonctionnement du système de surveillance sous divers angles : composition de l'équipe, présentation du système de

surveillance et des données recueillies, position du système de surveillance dans la stratégie générale de Santé publique France.

Le 23 mai 2017 des interviews téléphoniques ont été réalisés auprès de personnes des structures participantes ou utilisatrices du système de surveillance, identifiées par l'équipe du système de surveillance et la direction de la DST. Ces interviews avaient pour objectifs de recueillir leur appréciation sur l'utilité et les performances du système de surveillance.

Des personnes de la DST, n'appartenant pas à l'équipe du système de surveillance, ont assuré la prise de note pendant ces entretiens, afin de faciliter le travail aux expert.e.s.

Un entretien téléphonique complémentaire avec deux sites régionaux contributeurs (Occitanie et Hauts-de-France) a été réalisé par un des experts le 19 juin 2017.

Les expert.e.s ont ensuite rédigé le présent rapport faisant état de leur analyse et de leurs recommandations.

Au vu du rapport d'évaluation, il a été demandé à la DST de rédiger un document présentant ses commentaires quant aux avis et recommandations des experts. Ces commentaires se trouvent, dans le document présent, à la suite de l'évaluation.

Rapport d'évaluation externe du système de surveillance

« Maladie à caractère professionnel »

Mai -Aout 2017

Auteurs :

- Pr. Raymond Agius
Professor of Occupational and Environmental Medicine,
Director - Centre for Occupational and Environmental Health,
Centre for Epidemiology, Division of Population Health
School of Health Sciences, Faculty of Biology, Medicine and Health
The University of Manchester.
- Dr Lynda Bensefa-Colas, MD, PhD
Chef d'unité, Consultation de Pathologies Professionnelles et Environnementales,
Hôpitaux Universitaires Paris Centre – Hôtel Dieu, APHP, Paris
Université Paris Descartes
- Pr. Alexis Descatha
Directeur de l'Unité Hospitalo-Universitaire de Santé Professionnelle,
Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
Hôpital Raymond Poincaré, AP-HP, Garches

1 - Introduction et justification de l'évaluation

Dans le cadre de sa mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels, la Direction santé travail (DST) de Santé publique France (anciennement l'Institut de veille sanitaire), en collaboration avec l'Inspection médicale du travail (IMT), a mis en place un système de surveillance s'appuyant sur un dispositif législatif.

Comme il est rappelé dans les documents fournis pour l'évaluation (note de cadrage, présentation du système,...), le développement du système fait suite à une première expérimentation en Pays de la Loire en 2003, et compte aujourd'hui 12 régions participantes.

Les objectifs du système de surveillance MCP sont :

- Estimer les prévalences et les incidences des affections jugées par les médecins du travail comme imputables au travail. Des descriptions selon certaines caractéristiques professionnelles sont réalisées ainsi que des comparaisons régionales.
- Fournir des données inédites sur la fréquence des manifestations pathologiques en lien avec le travail chez les salarié(e)s actif(ve)s. La population cible était de 23,8 millions au 31 décembre 2013.
- Contribuer à une estimation de l'ampleur de la sous-déclaration des pathologies susceptibles d'être déclarées et reconnues au titre des tableaux de maladies professionnelles (MP). Aider à orienter la politique de prévention, et notamment la prévention primaire des salarié-e-s, en s'appuyant sur la médecine du travail, médecine de prévention par définition.
- Permettre le repérage de l'émergence d'éventuels phénomènes sanitaires associés à l'activité professionnelle.
- Evaluer l'impact des modifications des tableaux de maladies professionnelles sur la déclaration si possible.

Pour ce dispositif ambitieux, plusieurs remarques ont été faites :

- l'absence d'incidence aisément calculée et calculable.
- l'absence de couverture nationale, notamment de la région île de France et des zones non métropolitaines.
- les difficultés de recrutement et d'animation de réseau dans un système de santé au travail s'étant réformé à plusieurs reprises et continuant d'évoluer depuis la création du système, il y a presque 15 ans.
- la nécessité de rationaliser les moyens tant au niveau local, régional, national.

Les objectifs généraux de cette évaluation sont :

Pour le réseau de surveillance :

- identifier les points forts et les points faibles du système de surveillance des MCP au regard de son utilité pour la santé publique ;
- élaborer des recommandations pour améliorer le fonctionnement, la participation (quels sont les freins à la participation et à l'utilisation de l'application) et la qualité des données issues de ce système ;
- améliorer l'appropriation de ces résultats collectifs, régionaux et nationaux, par les médecins du travail dans leur pratique quotidienne.

Pour Santé publique France :

- améliorer la qualité globale de la surveillance épidémiologique ;
- ajuster la stratégie de surveillance de Santé Publique France.

Concernant les aspects propres au dispositif MCP, il s'agira de :

- s'interroger sur la forme d'organisation qui semble la plus efficiente : faut-il avoir une organisation similaire dans toutes les régions, alors que celles-ci vont être très différentes, tant en termes de surface que de population ?
- comment maintenir un maillage de proximité, indispensable à la sensibilisation des médecins du travail, pour permettre la surveillance d'une population salariée représentative de l'ensemble des secteurs d'activité ?
- une autre difficulté récurrente, est le déficit de Mirt (pas de Mirt en Paca, Franche-Comté, Poitou-Charentes). Est-il possible d'envisager un autre mode d'animation médicale du dispositif au niveau régional ?

2 - Méthodes

On notera, tout d'abord, que les trois experts sont indépendants et extérieurs à la direction santé/travail et Santé publique France, comme cela a été mentionné dans les déclarations d'intérêt qui ont été remises à la direction préalablement à leur participation. Néanmoins, il peut exister des liens indirects pour les experts français à différents niveaux, compte tenu du nombre restreint de personnes impliquées au niveau national et international dans le champ de l'épidémiologie et de la santé au travail. Les experts pensent sincèrement et honnêtement que ces liens n'ont pas altéré leur capacité à rendre un rapport le plus objectif possible.

Sur le plan méthodologique, après avoir revu l'ensemble des documents et une partie des auditions, les experts ont rédigé individuellement des notes qui ont été mises en commun dans un second temps afin de fournir un rapport complet et synthétique (entre mai et août 2017). Par ailleurs, il a été demandé aux membres participants à la réunion de présentation du dispositif, de réaliser un auto-audit non formalisé, fourni après la rédaction du rapport préliminaire.

Nous précisons que ce rapport n'a pas pour but de remettre en cause les objectifs du dispositif mais d'essayer d'améliorer son fonctionnement et son efficacité.

Le guide d'entretien proposé n'a été que partiellement utilisé. Néanmoins, le plan portant sur l'utilité du système, son organisation, sa performance technique et l'atteinte des objectifs a été repris en détaillant les forces, faiblesses, menaces et opportunités.

Une synthèse sous forme de recommandation sera proposée en fin de rapport. Il est demandé que ce rapport, ainsi que la réponse de l'équipe soit d'une part rendue à l'ensemble des participants (y compris les partenaires privilégiés tels que l'Anses) et puis accessible au public sur le site Internet de Santé publique France.

3 - Résultats

3.1 Utilité du système

L'utilité de ce système de surveillance s'avère tout à fait en cohérence avec les objectifs nationaux et régionaux déclinés dans les différents Plans Santé au Travail. La prévalence des pathologies ou des syndromes imputés au travail avec des mesures répétées permettent de fournir des indicateurs fiables, sous réserve que des régions représentatives du bassin d'activité économique spécifiques soient représentées. En cela, l'absence de l'Île de France et des territoires et départements d'outre-mer représente néanmoins une lacune notoire. Par ailleurs, la question du calcul de l'incidence au vu de l'organisation du système actuel n'est pas considérée comme atteignable. Néanmoins, il est souligné que la recherche du calcul de l'incidence ne doit pas être abandonnée et doit s'inscrire comme un objectif à long terme, cet indicateur étant, entre autres, plus sensible que la prévalence aux changements de niveaux de risques professionnels.

Les moyens du programme en matière de ressources humaines et notamment en compétences (épidémiologiques et statistiques, expertise en santé au travail par les médecins du travail et les Médecins inspecteurs régional du travail MIRT) permettent de fournir des données et des résultats avec de réelles retombées dans le champ de la santé publique.

Toutefois, ces données pourraient être mieux utilisées par les partenaires du programme et par les tutelles sous réserve d'avoir des moyens en adéquation aux demandes. Sur un plan local et régional, une optimisation du retour à la fois en matière de réactivité et de qualité, en rapport avec les attentes seraient nécessaires.

Par ailleurs, la visibilité nationale et internationale doit être améliorée et des pistes de partenariats avec des unités de recherche ou universitaires doivent être investiguées.

3.2 Organisation du système

Le programme de surveillance MCP répond aux critères qualité d'organisation du système que l'on peut en attendre : présence d'un comité de pilotage et d'un protocole de surveillance, circuit des données identifié ; protocole de définition des cas ; règles de codage prédéfinies ; procédure de gestion des données, d'analyse, de contrôle qualité clairement décrites et ce dans le respect de la protection de la personne.

Différents points restent cependant à clarifier et des pistes d'améliorations peuvent s'envisager. En effet, ce système est basé sur l'expertise médicale sans qu'il y ait de définition précise, homogène et standardisée d'une part de la pathologie, de la nuisance et, du lien fait entre la pathologie et le travail d'autre part. Il serait en ce sens intéressant de pouvoir évaluer la fiabilité et la validité de ce type d'approche, dans le cadre par exemple de partenariats universitaires, dans une étude spécifique dans un sous-échantillon avec accès aux dossiers.

De plus, l'évolution récente de l'organisation de la santé au travail et l'intervention des infirmiers de santé au travail et des entretiens infirmiers dans le dispositif de surveillance des salariés doivent faire envisager l'intégration de ces nouveaux acteurs dans le dispositif MCP. Dans ce contexte, il apparaît important de protocoliser les éléments diagnostics qu'il leur serait possible de rapporter (certains syndromes, ou symptômes sans établir de diagnostic précis). Ces éléments vont faire l'objet de recommandations.

3.3 Performances techniques du système

Les points forts du système portent sur la qualité des données et la simplicité de recueil des données médicales.

Toutefois, il a été souligné l'importance de pouvoir faire évoluer le protocole par rapport à sa version initiale. Alors que la standardisation avec un protocole identique dans le temps permet une homogénéité du système et une comparabilité des données sur différentes périodes, il est nécessaire de pouvoir en faire évoluer certaines questions. Ainsi, de la même manière que le type de contrat a été intégré, il est nécessaire de pouvoir intégrer les évolutions en matière de santé, de santé au travail, et du travail lui-même.

Les deux points faibles majeurs portent sur l'acceptabilité et la réactivité. En effet, il existe une crise démographique des professionnels de santé au travail (concomitante à l'ensemble des professionnels de santé), une diminution des moyens publics au niveau national comme régional, notamment des tutelles en santé et travail, qui expliquent l'épuisement palpable des participants quel que soit le niveau (baisse des taux de participation, moins bonne représentativité des régions...). On remarque, en effet, que comme il a déjà été mentionné, il existe de nombreuses compétences humaines dans des domaines d'expertise au niveau local, régional et national. On remarque également leur très faible participation... Ainsi, l'analyse du processus au niveau local montre que l'établissement du tableau de bord est l'un des éléments le plus difficile à établir, par une assistante dans le meilleur des cas, mais parfois par le médecin du travail lui-même. Une des pistes d'amélioration repose sur l'extraction des données utiles à l'élaboration des tableaux de bord à partir des données recueillies dans le logiciel des services de santé au travail. Certains services de santé au travail ont d'ailleurs pu d'exporter automatiquement les données, après identification des cas (exemple du logiciel « Dynamite »).

De plus, l'exploitation et les analyses des données sont menées au niveau régional, sans véritable animation en dehors de celle faite par certains binômes régionaux et ce, sans moyen supplémentaire. Les délais de traitement des données dans ce contexte sont de 6 mois au niveau régional et de 12 à 18 mois pour leur validation (soit près du double du système anglais THOR). Cette absence de réactivité ne permet pas aux acteurs locaux et régionaux de bénéficier d'un retour satisfaisant. Par ailleurs, on peut regretter le peu de retours de portée nationale.

On notera également les difficultés de faire des retours aux partenaires y compris des tutelles compte tenu des moyens nationaux et des priorités en santé travail. Concernant l'évaluation du coût de la sous-déclaration des accidents de travail et maladie professionnelle réalisée dans le cadre du rapport concernant la sous-déclaration, il n'est pas sûr que l'évaluation faites à partir des données MCP puissent être actualisées depuis celle réalisée pour le précédent (2014), malgré des calendriers prédéfinis à l'avance et malgré les enjeux financiers importants.

3.4 Atteinte des objectifs

En dehors de ce qui a déjà été dit précédemment, une question récurrente est la complémentarité de ces données par rapport aux autres systèmes permettant la surveillance de la santé au travail. Même si, les objectifs sont différents, ils ont le but commun de mesurer la fréquence et le poids des maladies ou affections liées au travail et les risques émergents. Certains systèmes utilisent des moyens communs et une rationalisation des moyens s'avère nécessaire. L'analyse des différences mais également des points communs entre ses différents systèmes devrait permettre de clarifier leurs objectifs et leurs complémentarités pour une meilleure efficience.

Une étude précise de la validité de ce qui est mesuré dans la composante SST (services de santé au travail) du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), dans l'observatoire Evrest, dans les enquêtes de type Sumer... pourrait ainsi être menée.

De plus, même si les agences et les ministères de tutelle ne sont pas forcément les mêmes, il est opportun d'avoir un organe commun, type comité de pilotage national qui permette les arbitrages en fonction des priorités. On notera que certains travaux de comparaisons des systèmes existants ne sont pas forcément connus par les membres de l'équipe, ce qui apparait dans l'autoévaluation par l'équipe.

4 - Synthèse des recommandations

De ce qui précède, il a été abordé certaines pistes d'amélioration qui sont complétées dans cette partie. Il est évident que certains points soulevés ont nécessité des choix politiques qui sortent du cadre de ce rapport et que certaines recommandations sont plus facilement et rapidement applicables que d'autres.

1. La première recommandation est la **poursuite de ce programme**, indispensable sur le plan national à la surveillance des troubles liés au travail. Néanmoins, ce programme est actuellement très ambitieux et ne reçoit pas de moyens suffisants de la part des tutelles pour le rendre pérenne et efficient dans sa forme actuelle.
2. Des propositions de rationalisation, importantes pour la pérennité du système, sont simples et d'ores et déjà réalisées dans certaines régions comme **l'amélioration du système d'information**. Celle-ci doit permettre, en contactant les éditeurs de logiciels, de simplifier le recueil des données par les médecins et infirmiers du travail, d'alléger leur charge administrative. Cette démarche doit être appuyée par la DST de Santé Publique France, la DGT et par le CISME, qui doit se mettre en contact avec les éditeurs de logiciels en vue d'optimiser le système rapidement et d'alléger la charge administrative au niveau local. Ce point est majeur car la baisse du taux de participation est très liée à la charge de travail des équipes des SST.
3. En attendant, une autre piste de rationalisation portant sur **l'abandon des deux quinzaines par an**, au profit d'une seule période mais plus longue, serait intéressante à mettre en œuvre (expérimentation en cours sous forme d'une phase pilote).
4. Une question a très vite été débattue autour d'un protocole unique pour l'ensemble des régions. Nous recommandons, qu'en effet **un seul protocole MCP soit réalisé mais avec la possibilité d'expérimentation ou de flexibilité** en fonction de contraintes. Une phase pilote à partir des propositions peut être suggérée sur des régions volontaires.
5. **L'intégration des infirmières en santé au travail** est absolument indispensable, mais une validation médicale s'avère nécessaire. La description plus précise du mode opératoire sous forme de guide (« protocole ») permettant de définir un syndrome, d'évaluer l'exposition à des nuisances et le lien entre les deux est recommandé. La validation par le médecin du signalement de ces cas pour porter le diagnostic final devient indispensable. Ce guide pourrait être fait rapidement par les intervenants régionaux qui sont les acteurs centraux du dispositif.
6. Le **renforcement des liens avec les structures régionales de référence est indispensable au soutien des équipes locales**. En effet, il existe les centres de ressources en santé au travail (unité de santé professionnelle, centre de consultation en pathologie professionnelle et environnement, cellule d'épidémiologie) qui ont une équivalence recherche et universitaire et qui dans le cadre de leur mission pourrait permettre d'apporter leurs compétences à ce système. D'autres instances, comme par exemple l'INRS pourraient également être impliquées sur des aspects thématiques. Dans ce cadre, le binôme MIRT et épidémiologiste, pourrait s'appuyer à sa demande sur des projets d'enseignement et de recherche.
7. Le **binôme MIRT et épidémiologiste pourrait également s'appuyer sur un référent de terrain local impliqué** dans son service médical, qu'il soit en service inter-entreprises ou autonome, et souvent impliqué dans les sociétés régionales de médecine du travail. Des thématiques de recherche, avec des travaux menés avec les équipes universitaires, pourraient être ciblées par les médecins référents en fonction des priorités régionales mais aussi nationales, comme par exemple, les comparaisons des éléments de surveillance, ou des critères de validation comme cela a été développé.

8. **Un axe majeur d'amélioration porte sur l'animation du réseau, en vue de la valorisation du travail** effectué par les différents acteurs locaux et le MIRT. Cela sous-entend que ces acteurs aient du **temps et des moyens administratifs officiellement mis à disposition** pour accomplir cette mission. Par exemple, il porte sur : i) un retour par le niveau régional au niveau local trois mois après la validation des données ii) des ressources «online» utiles pour l'établissement du rapport annuel, la communication en entreprise et adaptées aux besoins locaux des médecins. Le transfert d'une partie du travail de l'épidémiologiste de l'animation réseau MIRT ou au médecin référent régional, pourrait ainsi lui permettre de fournir des indicateurs individualisés en fonction des demandes (avec des comparaisons au niveau régional et au niveau national).
9. Il a été jugé important de **valoriser l'implication des différents acteurs, par l'organisation de rencontres financées par les tutelles**, par exemple, pendant les congrès de médecine du travail et ainsi permettre de dynamiser ce réseau. L'obtention **d'un certificat de participation des médecins de terrains** fourni à la fois par la Direccte et par Santé publique France, peut être une piste de réflexion. Charge à ces instances de définir des quotas de participants en fonction des budgets pouvant être supportés par les tutelles.
10. Il est aussi proposé qu'au niveau local **ne soit pas seulement valorisé le médecin mais l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail impliqué** (à savoir, l'assistante qui s'occupant des aspects administratifs ou des infirmier(s) de santé au travail travaillant avec lui).
11. Il a été jugé pertinent de **contacter des régions avec une population spécifique de travailleurs qui mériterait d'être étudiée et qui actuellement ne participent pas au dispositif, comme l'île de France ou certaines régions d'outre-mer**.
12. Il est recommandé la constitution **d'un comité de pilotage national permettant d'équilibrer les moyens et les ressources des différents systèmes et de prioriser les questions et le retour aux différents partenaires de santé publique et des tutelles**, y compris des données de type maladie professionnelle indemnisée avec un calendrier plus cohérent avec les demandes faite par les différentes instances, y compris le COCT, ainsi que de la COG de la CNAM.
13. Il serait intéressant **d'envisager des réévaluations régulières avec autoévaluation annuelle et définition d'axes de priorisation, et de faire appel à distance**, en fonction des contraintes, à nouveau à une évaluation externe.

Commentaires de la direction Santé Travail

Saint-Maurice, le 2 novembre 2017

Objet : Annexe de commentaires - Rapport d'évaluation du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP)

L'équipe en charge du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) à la DST remercie les évaluateurs ainsi que les agents de l'ancienne DISQ pour la mise en œuvre de cette évaluation.

L'évaluation du programme MCP est l'occasion de faire un bilan du fonctionnement du dispositif après une dizaine d'années de mise en œuvre dans les premières régions participantes. Elle intervient en outre dans un contexte de réformes multiples impactant le fonctionnement du dispositif (réforme territoriale de 2016, réformes de la médecine du travail de 2011 et 2016). Les recommandations issues de ce rapport alimenteront les réflexions en cours pour l'adaptation du protocole envisagée pour 2018. Les évaluateurs confirment l'importance d'un protocole unique permettant une certaine flexibilité.

Utilité du système

Cette évaluation confirme l'importance de ce dispositif de surveillance des MCP « indispensable à l'échelle nationale à la surveillance des troubles liés au travail » et la nécessité de le poursuivre. Il souligne toutefois l'insuffisance des moyens mis à disposition pour permettre une meilleure efficacité du programme ainsi que sa pérennisation.

Afin de fournir des indicateurs représentatifs de l'ensemble de la population salariée en France, les évaluateurs soulignent l'importance d'étendre le dispositif à des régions correspondant à des bassins d'activité économique spécifiques tels que l'Ile-de-France et les départements d'outre-mer. L'équipe MCP, convaincue de cette nécessité, a initié depuis début 2017 des échanges avec les partenaires régionaux potentiels (Diedcte Martinique, Observatoire de la santé Martinique, Direccte Ile-de-France...) afin d'étudier les possibilités pratiques de mise en œuvre. Le déploiement du programme dans ces régions, et à terme sur l'ensemble du territoire national, nécessite la mise à disposition de moyens humains et financiers adéquats.

Organisation du système

Les évaluateurs soulignent que « le programme de surveillance MCP répond aux critères qualités d'organisation [...] que l'on peut en attendre ». Toutefois, la question de la place centrale de l'expertise médicale dans le dispositif, en l'absence de définitions homogènes et standardisées des pathologies, des expositions et du lien entre les deux, soulève des réserves de la part des évaluateurs. Cette place de l'expertise médicale dans le dispositif MCP, s'explique par le fait qu'il a été conçu au regard du code de la sécurité sociale qui prévoit l'obligation pour tout médecin en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme et toute maladie qui présentent, à son avis, un caractère professionnel.

Le groupe de travail sur les évolutions du protocole MCP, réunissant des épidémiologistes et des médecins inspecteurs participants au programme, aboutit à la même conclusion que les évaluateurs sur la nécessité d'intégrer les infirmiers en santé au travail dans le dispositif tout en conservant une validation par le médecin du travail des signalements. Les modalités pratiques de cette évolution seront actées lors du prochain comité technique en janvier 2018.

Le renforcement du maillage régional apparaît comme un axe majeur d'amélioration. Les différentes pistes évoquées dans le rapport (liens avec les structures régionales de références, médecins référents) sont étudiées ; un réseau pilote de médecins référents dans certaines régions est ainsi à

l'étude pour 2018. L'animation du réseau (propositions de formation, retours d'information aux équipes pluridisciplinaires) et la valorisation de l'ensemble des acteurs locaux (certificats de participation) seront renforcées dans les mois prochains. Des actions spécifiques sont actuellement à l'étude pour le prochain congrès de médecine du travail en Juin 2018 (moments dédiés sur le stand, distribution de stylos ou autres supports MCP,...).

Performances techniques du système

Les évaluateurs ont souligné dans leur rapport la simplicité du recueil ainsi que la qualité des données issues de ce programme. Les principaux axes de progrès identifiés concernent l'acceptabilité pour les participants dans un contexte de crise démographique des professionnels de santé au travail et la réactivité en termes de retour d'information aux acteurs locaux et nationaux.

La première piste d'amélioration de l'acceptabilité concerne le système d'information et vise à simplifier le recueil de données à partir des logiciels métiers notamment pour l'établissement des tableaux de bord des visites. Dans certains services, l'extraction de ces données a pu être automatisée par des informaticiens. Cependant la mise en place de cette automatisation à l'échelle de chaque service, est complexifiée par la coexistence de plusieurs logiciels métiers et la nécessité de ressources humaines et de compétences adéquates. Tout en incitant les binômes régionaux à évoquer cette possibilité à l'échelle du service, l'équipe projet étudiera les possibilités d'automatisation au niveau des logiciels. Dans un premier temps, une rencontre avec le Cisme (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise, association de services interentreprises) a été sollicitée pour évoquer cette question.

En ce qui concerne la réactivité, les efforts seront accentués afin d'améliorer les délais de traitement des données aussi bien au niveau régional que national. L'objectif affiché de valorisation des données de l'année N-1 à l'échelle régionale et N-2 à l'échelle nationale devrait permettre un retour plus efficace, que ce soit vers les acteurs locaux ou vers les partenaires nationaux. Cette amélioration de la réactivité devra s'accompagner d'une meilleure visibilité des données du programme aussi bien nationale qu'internationale.

Atteinte des objectifs

Un groupe de travail réunissant les coordonnateurs des différents systèmes s'appuyant sur les médecins du travail s'est réuni pour la première fois en février 2017 (Evrest, MCP et Rnv3p). La prochaine réunion, programmée en décembre, réunira également les représentants de Sumer (grande enquête en santé-travail). L'un des objectifs de ce groupe est de clarifier la complémentarité de ces différents systèmes. La mise en place de groupe apparaît comme un premier pas vers un fonctionnement plus harmonisé.