



INSTITUT NATIONAL DE MEDECINE AGRICOLE

14 rue Auguste Comte - 37000 Tours

www.inma.fr

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MEDECINE AGRICOLE



**Les centres de contact téléphonique induisent-ils un risque
pour l'audition des téléconseillers, ce risque n'en
dissimule-t-il pas un autre : le risque psychosocial ?**

**Etude réalisée à partir de douze cas de chocs acoustiques
dans une caisse régionale de MSA.**

Mémoire présenté par le Docteur ALFONSI François

Octobre 2016

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame le Docteur Nathalie BARACHIN KOCH médecin chef de service pour m'avoir soufflé l'idée de ce sujet, ses conseils et sa relecture.

Je remercie Monsieur le Docteur Jean-Louis WEIRICH de m'avoir porté et supporté, je le remercie également pour sa disponibilité et sa patience, ainsi que mes autres collègues médecin du travail.

Je remercie l'encadrement de la Caisse régionale pour leur collaboration dans le recueil des données.

Je remercie les assistantes et les conseillers en prévention du service santé et sécurité au travail pour leur accueil.

Je remercie Françoise MAILLET, Rébecca PELCHÉ pour leur aide précieuse dans la mise en page et présentation de ce mémoire, ainsi que mes filles Marine et Claire.

RESUME

Avec le développement des centres d'appels téléphoniques, est née une nouvelle pathologie : le choc acoustique, qui risque d'impacter le système auditif des téléconseillers.

La recherche de l'étiologie technique de ce phénomène est très souvent mise en défaut, tant la chaîne de communication peut devenir complexe. La seule solution pour s'en prémunir reste le paramétrage des casques au niveau le plus bas, dans la mesure où l'ambiance sonore des plates-formes de service le permet.

Notre étude vécue, retrace une série de douze cas de chocs acoustiques survenus dans une caisse régionale de MSA. Elle tend à confirmer que les chocs acoustiques peuvent avoir un impact sur l'audition des salariés. Mais l'évolution vers des entités comme le syndrome du choc acoustique avec chronicisation des symptômes est favorisée par le climat de risque psychosocial propre à cette activité.

Le second aspect pratique consiste à proposer une conduite à tenir au médecin du travail de ces salariés. Puis des propositions organisationnelles et de réaménagement en profondeur de l'activité seront envisagées, dans le but de diminuer l'impact du risque psychosocial très prégnant dans ce type de service et ainsi aboutir à une activité plus sereine.

Mots clés

Accident du travail, Bruit, Conditions de travail, Législation réglementation, Reclassement, Risque psychosocial

ABSTRACT

With the expansion of call centers, a new pathology has appeared : the acoustic shock which may impact the auditory system of call center advisors.

The research on technical etiology of this phenomenon is very often failing, as the communication chain can become complex. The only way to protect the workers is to set the parameters of the headsets to the lowest level, to the extent permitted by the acoustic environment of service platforms.

Our study traces a series of twelve cases of acoustic shock which occurred in a regional office of MSA. It tends to confirm that acoustic shock may have an impact on employees' hearing. But the evolution towards the syndrome such as acoustic shock syndrome with the chronification of symptoms is favored by the risk of psychosocial climate in this activity.

The second practical aspect, is to provide the occupational physician of these employees a series of actions. Then organizational and redevelopment proposals for the activity will be considered, in order to reduce the impact of the very important psychosocial risk in this type of service and thus lead to a calmer activity.

Key words

Work accident, Noise, Work conditions, Legislation regulation, reclassification, Psychosocial risk.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	1
Résumé	2
Abstract	2
Table des matières	3
Introduction	4
Premier Chapitre : Les centres de contact (CDC) ou plateforme de service (PFS)	6
I - Bref historique : mise en place des PFS.....	6
II - Organisation actuelle.....	7
1 - Ressources humaines.....	7
2 - Organisation matérielle et technique :.....	7
3 - Mode de fonctionnement des CDC et objectifs stratégiques :.....	15
Chapitre second : Faits survenus fin 2015 début 2016	18
Chapitre trois : Actions menées par la Direction	20
I - Généralités.....	20
II - Les mesures à court terme fin 2015 début 2016.....	21
III - Les mesures à plus long terme visant à retrouver l'étiologie de ces chocs.....	24
Chapitre quatre : Intervention du service santé sécurité au travail	25
I - Définition du choc acoustique et revue de la littérature.....	25
II - Notre étude en caisse MSA régionale.....	30
1 - Réflexions générales.....	30
2 - Population étudiée.....	31
3 - Modalités de recueil des informations.....	33
4 - Les résultats.....	34
a - Les résultats dans leur approche globale.....	34
b - Les résultats de façon individuelle.....	37
5 - Discussion des résultats.....	48
6 - Rôle du médecin du travail.....	52
Conclusion	55
BIBLIOGRAPHIE	57
Annexes	61

INTRODUCTION

Le développement des centres d'appel téléphonique a débuté aux Etats Unis dès les années 60, pour s'étendre progressivement en Europe. Leur émergence correspond à l'arrivée de prestations dématérialisées, dans les secteurs de la finance, des assurances, et de l'informatique.

En France, leur développement démarre vraiment dans les années 90 avec un réel essor dans les années 2000. Ils peuvent être internalisés ou externalisés par l'entreprise qui les utilise.

La Mutualité Sociale Agricole(MSA) a adhéré à ce dispositif avec des objectifs d'harmonisation et d'efficience. La multiplication de ce type de service, couplée à la complexité de la téléphonie actuelle, a fait apparaître de nouvelles pathologies, en particulier "le choc acoustique", derrière lequel se profile certainement le spectre du risque psychosocial (RPS) inhérent à ce type de service.

La notion du choc acoustique est une pathologie récente. Les premières publications datent des années 2000 et la prise en charge médicale au sens large encore non complètement stabilisée. "Les chocs acoustiques sont des événements électroacoustiques rares et imprévisibles conduisant à des niveaux de bruit intenses souvent courts reçus dans les casques de nos téléconseillers."⁽¹⁾

Cette étude a été initiée suite à la survenue d'une «vague d'incidents» dans une caisse régionale de MSA.

Ainsi après avoir décrit l'organisation des centres de contact au sein de notre caisse régionale, nous ferons part de l'expérience vécue dans notre centre de contact à propos de la survenue de plusieurs cas de choc acoustique.

Nous évoquerons la problématique générale de l'entreprise face à de tels événements, notamment la difficulté et la complexité d'aboutir à une solution efficace et pérenne. Ensuite se posera le problème de la prise en charge réalisée par le service santé sécurité au travail de cette pathologie nouvelle empreinte de subjectivité et dissimulant avec peine le risque psychosocial de ce genre d'activité. Nous tenterons de répondre à la question : *Les centres de contact représentent ils un risque pour l'audition des téléconseillers y travaillant, et ce risque n'en cache-t-il pas un autre du registre psychosocial ?*

De notre expérience et de la littérature, nous tenterons de dégager un type de prise en charge optimum pour le médecin du travail de notre institution.

Je tiens à préciser que ce travail n'est pas une étude approfondie de l'ambiance sonore avec des mesures physiques précises, fiables et reproductibles d'une situation de travail. Ceci relèverait d'un cabinet spécialisé avec du matériel performant. L'étude est orientée par une série d'évènements concrets vécus et survenus fin 2015 début 2016. Elle a été réalisée vu les contraintes temporelles avec les éléments déjà disponibles.

Enfin une dernière remarque en introduction. J'ai bien conscience que ce travail est un peu éloigné du monde agricole ou rural. Néanmoins les faits relatés se sont produits dans une caisse régionale de MSA et concernent de près le service santé sécurité au travail et le médecin du travail. Ce genre de problématique est susceptible de se reproduire dès demain dans n'importe quelle caisse ou organisme tertiaire, agricole ou pas d'ailleurs, mettant en œuvre un centre d'appel. L'expérience vécue pourra être mise à profit.

Remarque : tout au long de ce travail, j'utiliserai le pluriel lorsque les orientations ont été prises en concertation avec mon tuteur.

Premier Chapitre : Les centres de contact (CDC) ou plateforme de service. (PFS)

I - Bref historique : mise en place des PFS.

La Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) (2) conclue entre l'Etat et la MSA pour la période 2011-2015, s'inscrit dans le contexte de Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) qui exige de tous les opérateurs publics une efficacité accrue dans l'atteinte de leurs objectifs et une meilleure efficience dans la gestion des moyens qu'ils y consacrent.

Les ambitions de la COG se structurent entre autres autour de l'engagement primordial suivant : le service rendu à l'adhérent.

Le service rendu implique de développer une offre de service personnalisée et de qualité, homogène sur l'ensemble du territoire. Il s'agira d'approfondir la connaissance du besoin des adhérents, de développer un socle commun de services, de garantir la continuité des ressources des assurés. Le déploiement des services en ligne, tant pour les particuliers que pour les employeurs ou exploitants agricoles, ou encore pour les professionnels de santé permettra de simplifier les démarches.

L'offre de guichet unique de la MSA doit enfin se traduire dans le renforcement de la qualité de l'accueil physique et téléphonique. Le déploiement de la Charte Nationale d'Accueil, l'impulsion et l'accompagnement à la mise en oeuvre de plateformes de service visent à réunir les conditions d'un accueil optimal sur l'ensemble du territoire.

Localement dès juin 2011 le Conseil d'administration de notre Caisse MSA régionale valide les orientations des travaux visant à implanter une plateforme de service courant de l'année 2012. Le fil directeur est centré sur la qualité de service. C'est un élément capital dans l'image de l'entreprise auprès de ses adhérents. Il conviendra en parallèle de s'assurer de privilégier les meilleures conditions de travail possibles pour les futurs salariés de ces PFS.

D'un point de vue opérationnel le calendrier suivant est retenu :

- **2011** Redéploiement de personnel sur les postes de téléconseillers :

14+2 coordonnateurs sur un site dit généraliste dans un premier temps et 6 +1 coordonnateur sur le site « spécialisé » dédié aux employeurs et professionnels de santé.

- Recrutement en parallèle du superviseur général.
- **2012** Formation des personnels des PFS
- **Mai 2012** ouverture de la PFS sur 2 sites
- **2013** projet de centralisation sur un site en avril 2014
- Mise en place de la charte de fonctionnement entre le front office et back office
- **2014** Centralisation de l'activité sur un seul site

II - Organisation actuelle.

1 - Ressources humaines.

Depuis décembre 2014, les effectifs de la plateforme de service se sont stabilisés et se décomposent de la façon suivante :

- **Les téléconseillers** : 24 salariés dont 13 personnes en redéploiement interne et 11 en recrutement extérieur.
- **L'encadrement** se compose de 3 coordonnateurs, 1 superviseur, 1 responsable du service relation adhérents.
- Turn over depuis l'ouverture : 5 départs évolution interne ou redéploiement sur site.

Le temps de travail est de 35 heures hebdomadaire avec deux fois 15 minutes de pause quotidienne incluses dans le temps de travail.

Des renforts ponctuels sont possibles par les agents en charge de l'accueil physique notamment les lundis et lendemains de jours fériés.

2 - Organisation matérielle et technique :

Chacun des postes de travail des téléconseillers est organisé autour d'un écran 23 pouces, une unité centrale, une base et un casque sans fil, disposés sur un bureau de 1,60m*0,80m sur lequel est rangé également une importante documentation papier en référence à la législation. Cette documentation papier est utilisée de façon variable selon le personnel. Elle sert de base référentielle dans certains éléments de réponse à

apporter aux assurés. Nous pouvons à ce niveau faire une suggestion à reprendre plus tard. Une numérisation et indexation avec un moteur de recherche performant permettraient de dégager les espaces de travail et d'offrir ainsi un confort et une ergonomie accrue aux téléconseillers. Mais cela nécessitera un travail de numérisation conséquent et un suivi des évolutions avec mises à jour. Une telle idée à développer par rapport à l'envergure de la tâche impliquerait une mutualisation sur l'ensemble du réseau avec mise à disposition des CDC des différentes caisses. Dans ce cas, la mutualisation trouverait tout son sens et ferait gagner en efficacité tout le réseau. Cela dépasse le sujet de notre mémoire sur le choc acoustique, mais nous verrons plus loin que dans le contexte un confort de travail et une limitation des effets de "stress " par sécurisation des informations et mise à disposition est loin d'être négligeable.

Nous pouvons à ce propos rappeler la définition psychosociale du stress:

« Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». (3)

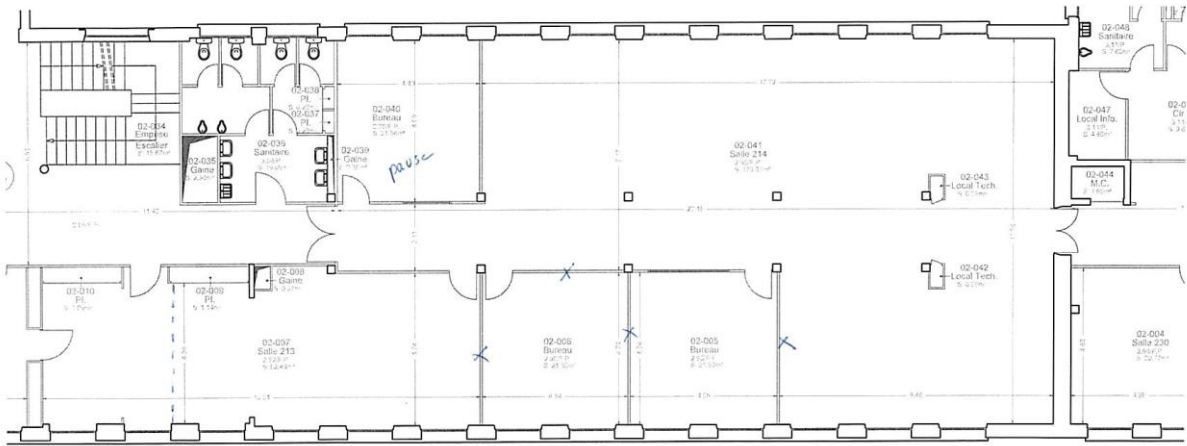
L'organisation évoquée ci-dessus participerait donc à la réduction du stress face à la demande extérieure en facilitant et optimisant les réponses.

En effet, l'organisation technique et matérielle revêt dans notre étude une importance toute particulière, nous y reviendrons plus tard par rapport aux circonstances de survenue des chocs acoustiques.

Pour la bonne compréhension de ce travail, définir de façon succincte le choc acoustique à ce stade paraît indispensable. Nous reprendrons et développerons ces notions ultérieurement.

"Les chocs acoustiques sont des événements électroacoustiques rares et imprévisibles conduisant à des niveaux de bruit intenses souvent courts reçus dans les casques de nos téléconseillers." (1)

Les locaux actuels occupés par le centre de contact proprement dit se composent d'une pièce en L cf. plan ci après. Avec en bout du plateau le bureau du superviseur qui a la vision de l'ensemble au travers d'une baie vitrée. Les bureaux sont disposés en marguerites comportant quatre postes de travail séparés par de fines cloisons en plexiglass arrivant à hauteur d'écran. Il existe six marguerites de quatre bureaux, la pièce mesure environ 30m sur 11m, elle comprend en plus une imprimante photocopieur masquée par un simple panneau en feutre.



NIVEAU 2

Figure 1 : Plan du CDC

Dans le cadre de la mise en place des centres de contact, la mise à jour du « document unique d'évaluation des risques » et d'amélioration des conditions de travail devenait nécessaire et réglementaire. En effet, selon l'article R.4121-1 à 4 (4) du code du travail, l'employeur a pour obligation de mettre à jour le document unique d'évaluation des risques professionnels lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ou lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie. (5)

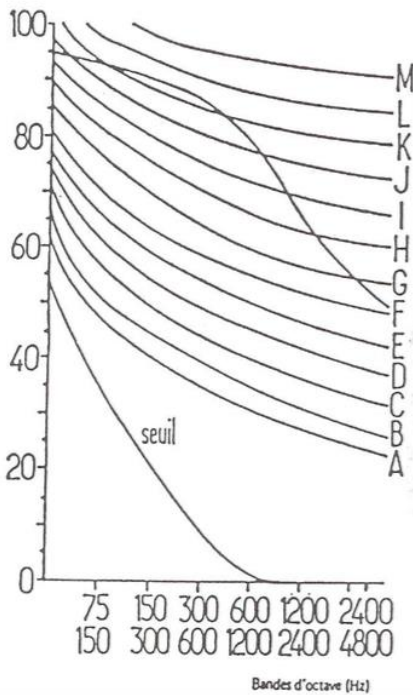
L'entreprise a demandé une étude à METROERGO cf. annexe 1 qui a procédé à une étude d'audit d'ambiance sonore de travail sur ces plateformes.

L'étude en référence aux différentes normes et aux notions acquises lors de l'enseignement théorique dispensé en particulier par le Pr SMOLIK, (6) semble pertinente bien que ponctuelle, réalisée sur une journée donnée au mois de juin certainement en raison de contraintes économiques.

En tout état de cause, cette étude montre une ambiance sonore dans le centre d'appel de notre caisse régionale bien en dessous des valeurs réglementaires fixées par le code du travail cf. annexe 2 : Valeurs seuils selon décret N° 2006- 892 du 19 Juillet 2006.

Cependant, les agents réalisent un travail exigeant de la concentration mais a priori sans source de danger immédiat. L'appréciation de l'indice de gêne selon BERANEK (7-8) préconise un niveau sonore LAEq<55 dB(A) pour un travail de concentration. Dans notre cas LAEq=59 dB(A). Des propositions d'aménagement seront faites afin de réduire le niveau de bruit ambiant.

niveau de pression sonore
en décibels par bande d'octave



En abscisse, on lit les bandes d'octave et en ordonnée la pression sonore par bande d'octave. Le bruit étudié est caractérisé par la zone la plus élevée atteinte par une bande d'octave quelconque. Dans le cas du bruit dans la cabine d'avion, l'indice de gêne est L. Grâce à ce réseau de courbes, il est aisé de classer les bruits les uns par rapport aux autres et pour un bruit donné, de préciser la région du spectre sonore qui atteint la zone la plus élevée sur laquelle il faut donc faire porter l'effort d'insonorisation. Dans le cas du bruit dans la cabine d'avion, il est difficile de diminuer la gêne, car la diminution du niveau des bandes d'octaves devrait porter au moins sur 3 bandes : 75-150, 150-300, 300 - 600 pour obtenir un résultat appréciable.

Certaines caractéristiques du bruit aggravent l'effet de la composition spectrale et font reculer de une ou plusieurs zones : les bruits inattendus, répétés de façon peu fréquente, sont les plus désagréables. Les sujets sont d'autant plus sensibles que le bruit survient dans une ambiance habituellement plus calme et que le même bruit les a déjà beaucoup gênés.

Il est difficile de situer la traduction subjective de chaque zone. On peut cependant dire que :

- dans les zones A.B.C.D. le sommeil et le travail intellectuel complexe ne sont pas gênés de façon appréciable mais en D le séjour cesse d'être agréable,
- dans les zones E.F.G.H. le travail intellectuel complexe est pénible, le travail courant administratif ou commercial n'est pas gêné de façon nette, mais n'est pas plaisant pour l'employé,
- dans les zones I.J.K.L., le travail intellectuel est extrêmement pénible, le travail administratif courant est difficile, le travail d'atelier n'est pas gêné de façon appréciable,
- dans les zones M et au-dessus, on se trouve dans la région où une exposition brève provoque la fatigue auditive et une exposition prolongée détermine la surdité professionnelle.

Il ne faut pas attribuer aux critères qui viennent d'être présentés une valeur scientifique rigoureuse. Cependant, ils sont d'une utilité certaine dans la pratique industrielle.

Figure 2 : Indice de gêne selon Beranek

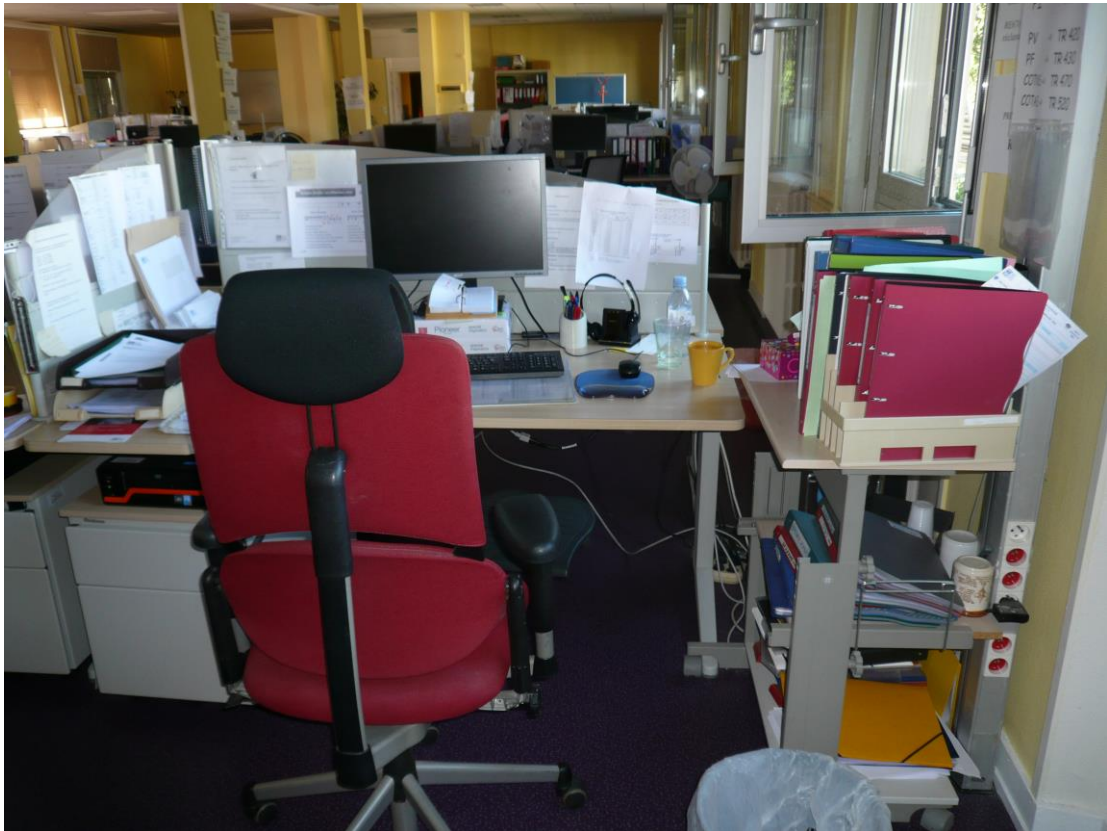
Par ailleurs, les mesures effectuées ne montrent aucun danger pour l'appareil auditif des salariés. Mais persiste une inconnue loin d'être négligeable :

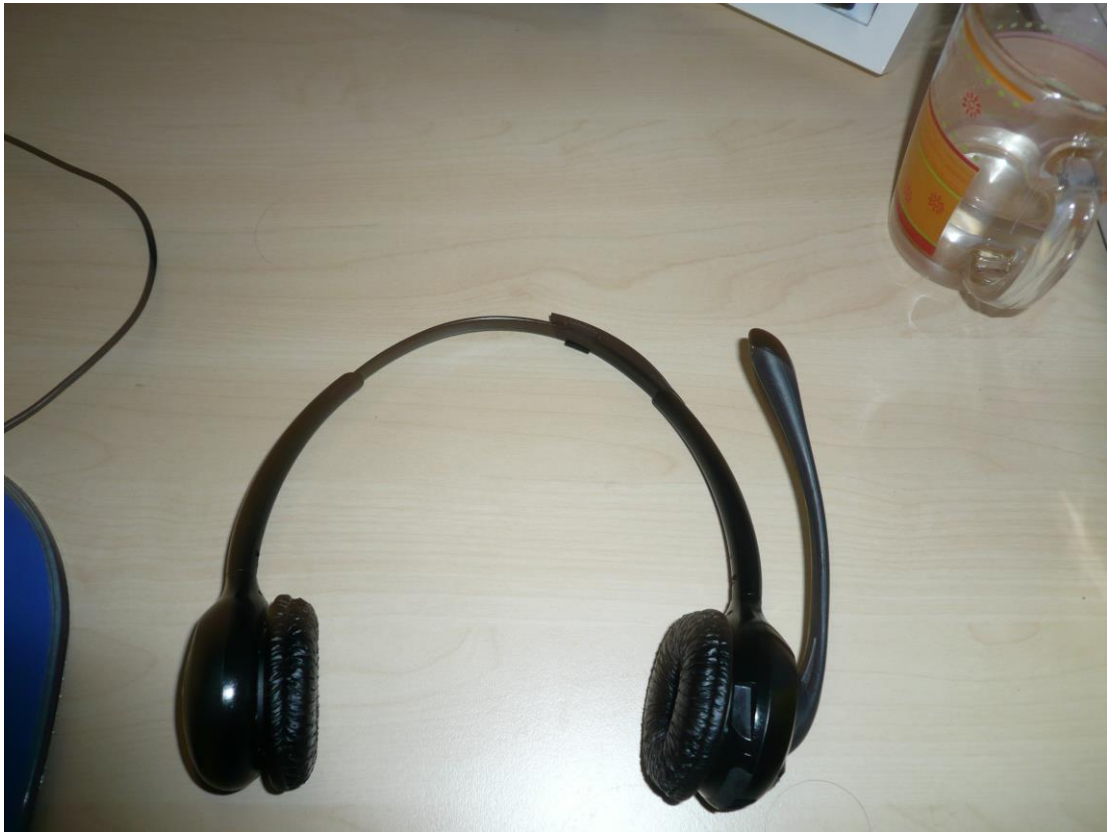
Quel est le niveau de bruit reçu par les téléconseillers via le casque ?

Les salariés sont exposés à deux sources de bruit : le bruit régnant sur le plateau et les conversations sous casque. Pour réaliser une telle mesure, il faudrait utiliser un simulateur d'oreille avec une norme spécifique NF ISO 11904-2 (9). Cela n'a pas pu être fait.

Notons également que cette étude réalisée en 2013 ne prend pas en compte les travaux d'extension suite à la fusion sur un seul site des deux centres de contact jusqu'alors en fonction. cf plan.

Le domaine de l'étude des ambiances sonores étant complexe, nous nous garderons d'extrapoler l'étude de 2013 à la situation actuelle. Néanmoins, ne disposant pas d'autres éléments et compte-tenu des modifications architecturales modestes effectuées en 2014, nous la conserverons comme référence en étant conscient qu'une nouvelle étude avant d'envisager des travaux d'envergure serait probablement utile.





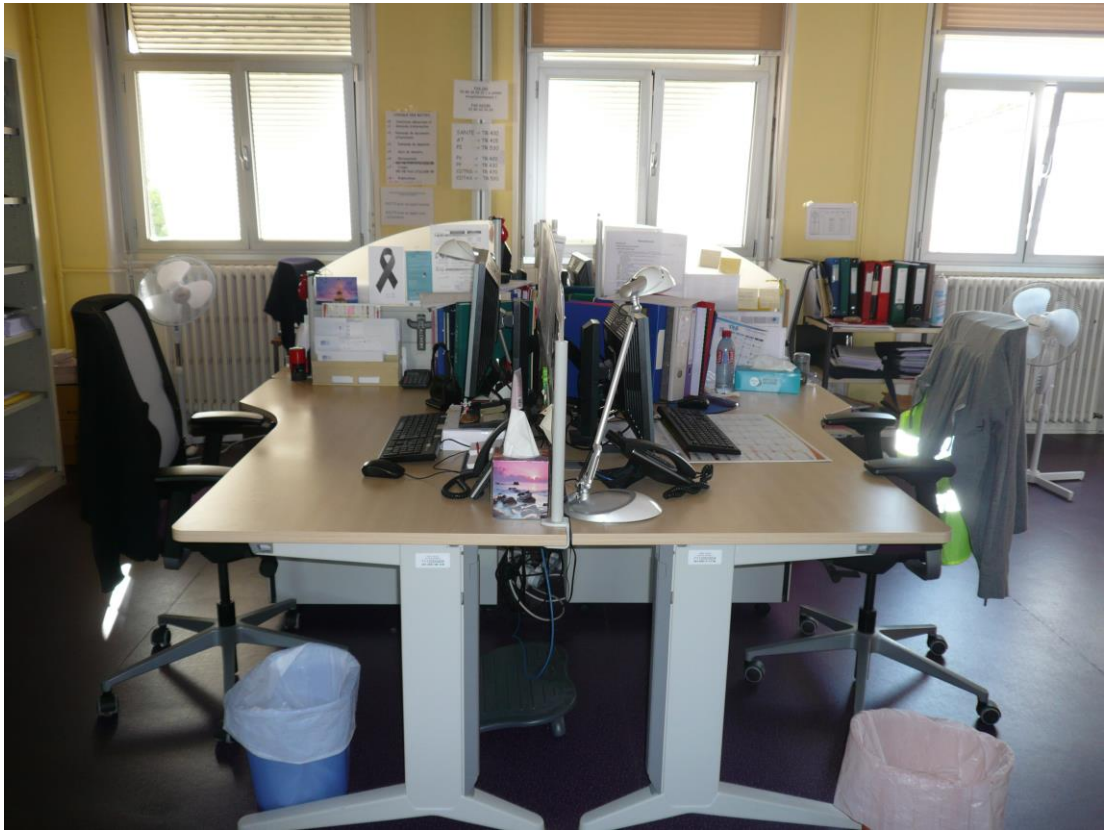




Figure 3 : Le centre de contact

3 - Mode de fonctionnement des CDC et objectifs stratégiques :

Les deux aspects essentiels en relation étroite avec les objectifs stratégiques qui ont conduit à l'instauration et au développement des centres de contact sont :

- d'une part, le fait d'apporter une offre de service harmonisée aux assurés MSA sur l'ensemble du territoire,

- d'autre part, de regrouper l'ensemble des appels téléphoniques entrants sur une plate-forme dédiée afin de soulager les services techniques contraints à des objectifs de productivité de plus en plus conséquents du fait de la réduction des effectifs imposée par la COG et la Gestion Institutionnelle des effectifs.

Focus sur l'activité du Centre de contact de notre Caisse régionale.

D'octobre 2015 à fin juin 2016, le nombre d'appels reçus tout venant oscille de 18000 à 26000 par mois.

Le changement de téléphonie datant d'octobre 2015, les chiffres antérieurs ne seront pas utilisés car le mode de comptage et l'orientation des appels depuis la plateforme n'est plus le même.

A titre d'information, ces appels sont émis par des adhérents dits généralistes, des employeurs ou des professionnels de santé, chacun ayant un numéro dédié propre.

Les appels non aboutis, du fait de saturation ou autre, peuvent si l'appelant le souhaite faire l'objet d'un rappel.

Ces appels recouvrent quasiment l'ensemble du périmètre d'activité de notre caisse, dont les domaines, SANTE, PRESTATIONS FAMILIALES, PRESTATIONS VIEILLESSES, COTISATIONS, RECOUVREMENT, CONTENTIEUX, DIVERS.

Le centre de contact de notre caisse régionale comptabilise en moyenne 14 à 15 téléconseillers présents par jour du fait des congés, RTT, absences diverses, maladie ...

Donc avec une moyenne de 21000 appels par mois, repartis sur 15 téléconseillers présents et sur 20 jours travaillés dans le mois, cela représente en moyenne 70 appels par jour et par téléconseiller dont la durée varie de 4 min 30 sec à 6 min en moyenne. Les objectifs étant un peu plus courts, à savoir 3 min pour les adhérents généralistes et 4 min pour les employeurs.

Les téléconseillers prennent également en charge les demandes des assurés établies par courriel soit environ une centaine de messages par jour en tout. Cela représente en nombre moins de un dixième des appels téléphoniques. Ce mode de communication serait à développer si l'on souhaite éviter toute la problématique relative aux ambiances sonores des centres de contact. Cependant, sans faire d'analyse fouillée ni exhaustive, il existe actuellement de nombreux freins au développement de ce mode de communication, public âgé, sans accès internet et préférant un contact physique. Néanmoins c'est peut-être la solution d'avenir.

Outre l'activité technique dédiée à la réponse aux assurés, les centres de contacts comme tous les services de la MSA disposent d'un temps d'information et de coordination.

-Tout d'abord sous la forme d'une réunion d'équipe hebdomadaire dite « rendez-vous connaissance » de 90 minutes les jeudis de 8h30 à 10h avec fermeture de l'accueil téléphonique pendant ce temps.

La trame suivante est régulièrement utilisée :

- Un point sur la vie de l'entreprise,
- Actualités du service, résultats et prévisions d'activité, point sur l'organisation,
- Évolution législative en cours et à venir.

-Un rétrocontrôle est exercé par les superviseurs sous forme d'écoute bihebdomadaire des communications avec par la suite des formations individuelles ou la mise en place de plans d'action par groupe.

-Un entretien bimestriel est organisé avec le superviseur pour chacun des téléconseillers.

-Du point de vue de la documentation et formation continue : les informations législatives sont toutes centralisées vers les coordonnatrices du Centre de Contacts qui les analysent, synthétisent et partagent avec l'ensemble des téléconseillers lors du rendez-vous connaissance.

-En fonction des besoins des agents et de l'actualité, un chargé d'études peut participer au rendez-vous connaissance apportant son expertise technique. Par la suite des formations collectives ou en groupe sont organisées en cours d'année.

-Coordination Front Office (FO) / Back Office (BO) : un tableau de l'état des stocks est mis à disposition du FO par les services du BO.

-Des réunions mensuelles, animées par le référent de la Gestion Relations Client sont organisées avec la participation de tous les services de production.

-Une charte de coopération FO/ BO est en cours de finalisation.

-Information sur les flux.

-Le planning des traitements informatiques, portant des indications sur les volumes est communiqué chaque mois au FO.

Nous pouvons constater que l'activité des téléconseillers au sein des plateformes de service de la MSA, si elle implique une part incontestable de stress face à la demande du public, reste de part la volonté locale de la direction, une activité très structurée. Du moins du point de vue de l'organisation générale.

Après avoir esquissé le décor général et l'organisation de travail des centres de contact, nous allons nous attacher à décrire les faits qui se sont déroulés fin 2015 début 2016 et faisant l'objet de ce mémoire.

Chapitre second : Faits survenus fin 2015 début 2016.

Une série de chocs acoustiques s'est produite à partir du 24 novembre 2015 dans le Centre de Contact (CDC) de notre Caisse régionale de MSA, alors que ce centre est ouvert depuis le 2 mai 2012.

Le premier cas ne fut pas immédiatement déclaré par la victime, et c'est la survenue de 4 chocs acoustiques les 21 et 22 décembre qui déclencha, dans un premier temps, la déclaration de ces événements en accident du travail et la fermeture du CDC le 22 décembre (1 journée) ainsi qu'une série d'interventions techniques les jours suivants.

Au total 12 cas ont été déclarés en accident du travail.

Ces événements faisaient suite à une période de dégradation de la qualité des communications téléphoniques depuis le 21 octobre 2015. A cette date, un changement d'opérateur téléphonique était intervenu.

Un nouvel accident a conduit l'équipe des téléconseillers à user de son droit de retrait le 4 janvier 2016 au matin, et le CDC a été fermé pendant une semaine sur ordre de la Direction.

Nous proposons, puisque les faits qui se sont produits nous l'autorisent, de revenir brièvement sur le "droit de retrait" exercé par les salariés lors de ces événements, ce qui n'est pas banal ni anodin, du moins en MSA.

Le droit de retrait est défini à l'article L4131-1 du code du travail. (10) De façon synthétique, l'employeur, selon les principes généraux de prévention des risques professionnels art 4121-1(11) du code du travail, a différentes obligations.

L'employeur au plan civil est tenu à une obligation de sécurité et de résultat. Il doit donc mettre en oeuvre l'ensemble des mesures de prévention et de sécurité requises par la situation, afin d'empêcher que les salariés ne développent une maladie professionnelle ou soient victime d'un accident du travail.

Selon l'art. L 4131-1(10) du code du travail, la possibilité est offerte à tout salarié ou groupe de salariés de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave ou imminente.

A ce propos, le ministère chargé du travail retient pour la notion de danger grave et imminent les situations où le risque est susceptible de se réaliser brusquement dans un délai rapproché.

C'est ainsi que la situation a été appréciée par l'ensemble des salariés du centre de contact début d'année 2016 face à la vague de chocs acoustiques survenus fin 2015 début 2016.

Cet événement me paraît important à relater pour plusieurs raisons.

- Comme nous l'avons déjà signalé ci-dessus, du fait de la rareté de la survenue de ce type d'événement en MSA.

- Pour souligner également l'état de tension importante, aussi bien au centre de contact, qu'au niveau de la direction, générée par des faits inconnus jusqu'alors ou du moins dans les pratiques de nos caisses MSA et voire au delà, dans les autres centres de contact des MSA.

- Le fait que nous disposions de peu de références bibliographiques sur la notion de "choc acoustique", l'inconnue majeure étant quel impact sur la santé des travailleurs ?

- Pour insister sur la situation cornélienne dans laquelle se trouvait la Direction, face à ses obligations légales de sécurité, en vertu des principes généraux de prévention d'assurer la sécurité de ses salariés et répondre en parallèle aux demandes des adhérents, raison d'être primaire de l'Institution.

- Pour bien montrer l'ampleur du phénomène et l'inquiétude grandissante chez les salariés exposés. D'ailleurs signalons que suite à l'exercice du droit de retrait, le centre de contact a été fermé une semaine avec l'accord de la direction jusqu'à l'obtention d'arguments suffisamment fondés sur l'absence de risque de reproduction d'accident à la reprise d'activité.

- Pour introduire d'ores et déjà l'entrée en scène d'un élément incontournable et capital dans cette situation, à savoir le Médecin du travail.

Face à cette situation, nous nous proposons de décrire les actions menées par la Direction, le service informatique et le service santé au travail, puis les premiers résultats qui en découlent. Nous proposerons enfin des pistes de travail avec l'objectif de stabiliser le Centre de Contact et d'améliorer les conditions de travail des téléconseillers.

Chapitre trois : Actions menées par la Direction.

I - Généralités.

L'employeur est selon l'article L 4121-2 du code du travail soumis aux principes généraux de prévention, à savoir : (12)

- *Éviter les risques*
- *Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités*
- *Combattre les risques à la source*
- *Adapter le travail à l'homme*
- *Tenir compte de l'état d'évolution de la technique*
- *Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux.*
- *Planifier la prévention*
- *Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle*
- *Donner les instructions appropriées aux travailleurs*

De ce fait l'employeur est tenu au plan civil à une obligation de sécurité et de résultats. Il doit donc mettre en œuvre l'ensemble des mesures de prévention et de sécurité requise par la situation afin d'empêcher que les salariés ne développent une maladie professionnelle ou ne soient victime d'un accident du travail.

En dehors de ces considérations légales primordiales, l'employeur dans le cadre de notre entreprise a bien évidemment pris la mesure de toutes les considérations humaines et éthiques par rapport à son personnel face à cette vague d'événements. Il n'a jamais été établi de lien physique entre le changement de téléphonie datant du mois d'octobre et les accidents de fin 2015.

La Direction a mis en place des mesures tout d'abord urgentes face à la situation aigüe en vue de la reprise d'activité à court terme puis une analyse plus approfondie à long terme en vue de trouver l'origine du problème.

II - Les mesures à court terme fin 2015 début 2016.

Il a été pris contact avec les opérateurs de téléphonie ORANGE et SPIE afin de cerner l'origine des phénomènes.

En ce qui concerne Orange celui-ci avait constaté des incidents similaires dans les entreprises voisines géographiquement de la nôtre. Par suite et par souci de sécurité et également dans l'urgence, Orange procédera au changement de deux cartes réseau.

SPIE procédera également dans la même démarche au changement de deux cartes réseau. En parallèle, une analyse sera demandée à notre centre informatique qui analyse les arrivées de communications sur les centrales de communications, celui-ci ne constatera pas d'anomalie particulière.

Un paramétrage informatique des casques sera réalisé avec écrêtage de tout son ou bruit supérieur à 80 dB, simultanément une mise à jour logicielle de la base de ces casques sera réalisée.

Sur les conseils de l'INRS contacté à ce sujet, un schéma directeur de l'organisation optimum d'un poste de travail sera mis en place sur l'ensemble du centre de contact. Avec notamment des préconisations de distances minimales à respecter entre les différents composants et les éventuels téléphones portables personnels des salariés, dans le but de réduire au maximum les interférences téléphoniques susceptibles d'induire des parasites sonores.

IMPLANTATION TYPE D'UN BUREAU DU CENTRE DE CONTACT



Ce qui peut créer des Interférences Téléphoniques :



Le Mobile sur le bureau ou sur l'unité centrale
La Base du casque trop près du téléphone, de l'unité centrale
ou de l'écran.

Ainsi votre poste de travail doit suivre les préconisations suivantes :

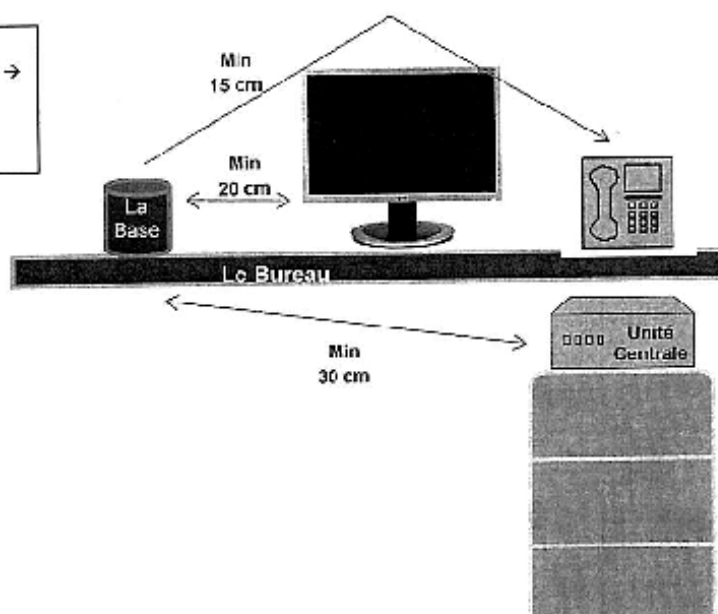
Pas de téléphone mobile sur le bureau ou l'unité centrale

Distance minimale entre la Base du casque et :

- * Le Téléphone : 15 cm
- * L'Unité Centrale: 30 cm (positionnement sur le caisson recommandé)
- * L'Ecran : 20 cm

La configuration type mise en place doit être respectée.
La seule alternative autorisée est le positionnement inverse du poste
téléphonique et du casque si gaucher ou droitier.

Ne pas changer le
paramétrage de la base →
à gestion du volume
s'effectue sur le poste
téléphonique



Ne rien poser sur
l'unité centrale

Les postes téléphoniques feront également l'objet d'une analyse technique du fait de leur remplacement récent fin octobre 2015. Il n'apparaîtra pas d'anomalies à ce niveau.

La compatibilité des casques avec ces postes téléphoniques sera confirmée. Par contre les câbles reliant la base et les postes téléphoniques seront changés pour une meilleure compatibilité de la connectique.

Un rétro contrôle sera mis en place sous la forme d'enregistrement de certaines communications téléphoniques afin de mettre en évidence les bruits parasites les plus intenses et de pouvoir les retranscrire aux opérateurs téléphoniques ou aux services techniques adéquats dans le but de mieux cerner l'origine de ces phénomènes acoustiques.

Toutes ces mesures prises dans l'urgence, répétons le, permettront néanmoins d'ouvrir à nouveau le centre de contact le 11 janvier 2016 avec "l'espoir" que les problèmes précédemment rencontrés ne se reproduisent plus.

Toutefois si l'on emploie un langage médical, les solutions envisagées jusqu'alors ne sont que symptomatiques et l'étiologie profonde du problème n'a pas encore été identifiée.

Il est aisé de comprendre que dans la situation de notre caisse régionale des mesures empiriques même si elles sont critiquables permettent néanmoins la continuité du service et la reprise de l'activité dans un service, ne l'oublions pas, hautement sensible pour notre Institution.

À la réouverture le 11 janvier 2016, il est noté que la qualité des communications reste perfectible et que l'on peut observer la récurrence au printemps de quelques incidents mineurs atypiques, bruit de friture, de craquement, de composition de clavier, bruits parasites. Ces incidents pour autant ont généré une série de cinq nouveaux chocs acoustiques fin avril début mai dont la gravité est moindre en raison du niveau d'écrtage des casques paramétrés auparavant.

Il ressort de l'analyse réalisée par l'INRS à ce propos des éléments très intéressants et contributifs à notre étude. Annexe 3

Tout d'abord, les casques PLANTRONICS W720 sont réglés en sortie d'usine sur le mode par défaut donc sans limitation. C'est probablement le mode de réglage qui était utilisé jusqu'à la fermeture du centre d'appel le 4 janvier 2016.

Et c'est ce qui explique finalement la différence entre la vague de choc subie avant le 4 janvier et celle d'après.

Par contre, le mode limité à 80 dB(A) semble protéger mieux du risque auditif en cas de bruit parasite sans altérer de façon trop importante la qualité des communications.

III - Les mesures à plus long terme visant à retrouver l'étiologie de ces chocs.

Si l'on considère actuellement que toutes les mesures relevant des opérateurs téléphoniques et des centres informatiques ont été menées à leur terme, et que dans le contexte actuel il apparaît difficile de mettre le doigt sur un composant précis de la chaîne de communication qui peut être très complexe. (Exemple d'appels émis depuis un véhicule via un kit main libre avec changement d'antenne relais à mesure de la progression du véhicule). Il ne reste plus que l'effecteur terminal qu'il convient de calibrer au mieux pour éviter toute récurrence de choc acoustique à savoir le casque binaural porté par les téléconseillers au quotidien dans leur activité.

Malgré cela les expertises techniques demandées aux opérateurs téléphoniques se sont poursuivies tout au long du premier semestre 2016. Je ne dispose pas à ce jour de résultat précis permettant d'affirmer la responsabilité de tel opérateur ou composant.

Chapitre quatre : Intervention du service santé sécurité au travail.

I - Définition du choc acoustique et revue de la littérature.

Il n'existe pas de consensus sur la définition du concept :

"Un choc acoustique est une entité pathologique survenant après une exposition à un bruit fort, inattendu et soudain provoquant un groupe de symptômes neurophysiologiques et psychologiques". (13)

Selon l'ITUETESI (International Télécommunication Union Européen Transmission Standard Institute), le choc acoustique se définit comme toute perturbation temporaire ou permanente du fonctionnement de l'oreille ou du système nerveux auditif pouvant être causé à l'utilisateur par une élévation brutale et inattendue de la pression acoustique du système de télécommunication.

C'est un événement électroacoustique rare et imprévisible conduisant à des niveaux de bruits intenses et souvent courts. Le bruit responsable est un bruit parasite fort, un son strident inopiné dont le niveau est toujours en deçà de 120 dB(A) (14). La fréquence de ce bruit correspond souvent à la sensibilité maximale de l'oreille cf. courbe de pondération physiologique de l'oreille. Il est alors ressenti comme douloureux et intense par le salarié. (1)

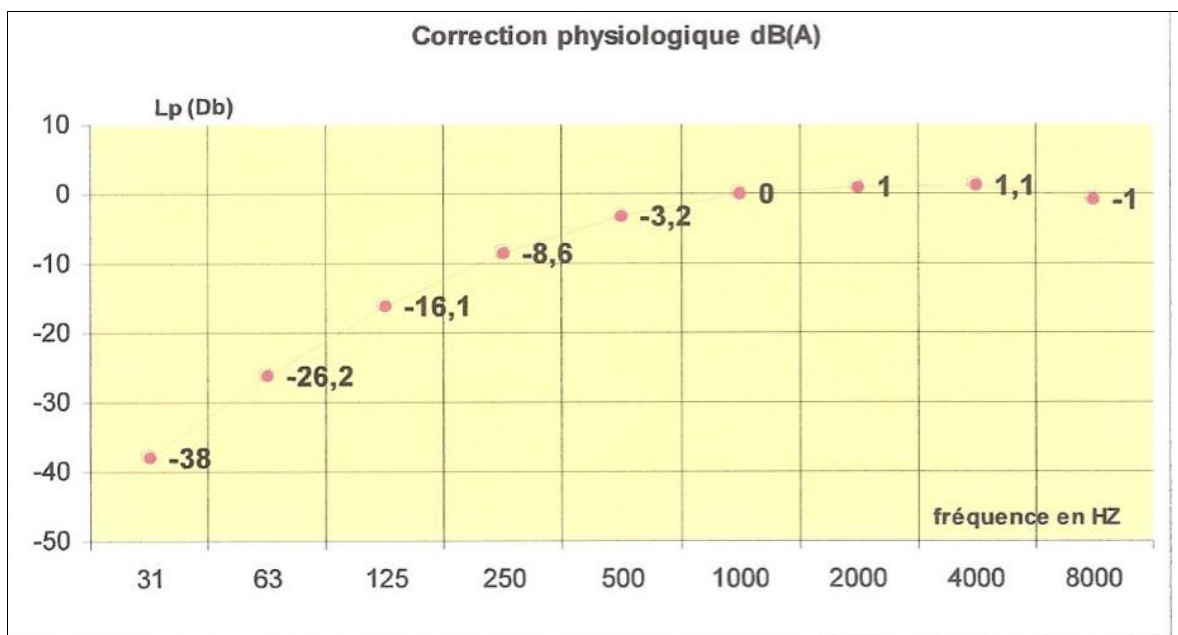


Figure 4 : Courbe de pondération physiologique de l'oreille

Selon la publication de M J ESTEVE FRAYSSE M OHRESSER

Au niveau du tympan 75 à 100 dB

2,3 à 3,4KHz de durée brève jusqu'à que le casque soit enlevé

Les chocs peuvent être produits par diverses causes complexes et difficiles à identifier:

- Sonnerie de fax
- Alarme
- Sifflement en appel sortant
- Bruit de composition
- Effet larsen
- Boucle avec d'autres appareils électriques
- Problèmes dans les lignes téléphoniques ...

Son origine relève le plus souvent de mauvaise isolation entre le poste téléphonique et les répartiteurs (perturbations électromagnétiques, boucles de courant...). Mais peut également provenir du matériel lui même : casque, platine téléphonique, système de répartition des appels, problèmes de compatibilité entre ces éléments voire parfois d'interférences avec des systèmes extérieurs comme les téléphones mobiles. (1)

Cet ensemble survient typiquement dans les centres d'appel téléphoniques dans un contexte de travail au casque dans un milieu ambiant bruyant nécessitant une attention auditive permanente et de stress (charge de travail, interlocuteurs mécontents..).

Le choc est généralement lié à un problème sur l'un des éléments de la liaison téléphonique. Les causes sont difficiles à supprimer car il est difficile d'en identifier la source sans une étude approfondie et quand bien même. (1 – 15 et 16)

Une précision, il faut distinguer le choc acoustique du traumatisme sonore qui se définit par l'exposition brutale à une stimulation sonore de très forte intensité sans protection auditive. Il peut se solder par une perte auditive irréversible responsable de trouble de l'audition. En général la surdité neurosensorielle intéresse la bande fréquentielle du son responsable du traumatisme sonore. Ces surdités peuvent être uni ou bilatérales. Le traumatisme sonore peut être un phénomène aigu (armes à feu, détonation, boîte de nuit, concert...) ou chronique (travaux de percussions sur métaux). La surdité secondaire

dépend de l'intensité et de la durée de ce dernier, ainsi que de la susceptibilité individuelle.

La plupart du temps dans le cas d'un choc acoustique, l'exposition au bruit est le plus souvent trop brève pour provoquer une altération durable de l'audition (les opérateurs réagissent en enlevant rapidement leur casque).

Toutefois des exceptions sont possibles :

- Le salarié choqué va développer des symptômes otoneurologiques : (17)
 - Douleurs de l'oreille irradiant souvent en latéro cervical
 - Maux de tête
 - Vertiges
 - Sensation d'oreille bouchée
 - Sifflement
 - Hyper sensibilité au moindre bruit
 - Acouphènes
 - Altération de l'audition avec décalage temporaire du seuil de l'audition voire hyperacousie.
- Des symptômes psychologiques :
 - Anxiété
 - Peur
 - Trouble du sommeil
 - Crainte de devenir sourd ...

La littérature fait état le plus souvent d'une récupération rapide et spontanée de ces symptômes avec par contre une part non négligeable d'évolution plus longue avec chronicisation. Il en est de même dans notre série.

Les chocs acoustiques de notre étude sont reconnus et pris en charge par l'employeur au titre de l'accident du travail. Effectivement, un accident du travail est défini comme tout fait survenu par le fait ou à l'occasion du travail entraînant une lésion constatée par un certificat médical. La lésion peut être de nature physique ou psychologique, avec la notion de présomption d'imputabilité pour la victime. Les chocs acoustiques subis par les salariés de notre centre de contact ont relevé de la prise en charge en accident du travail après approbation par le médecin conseil de la caisse.

Cette digression est importante car ces chocs sont insupportables pour les salariés dans ce contexte, ils sont très mal ressentis psychologiquement, les symptômes peuvent être persistants et récidivants. Les salariés peuvent présenter des tableaux cliniques de type état de stress post traumatique, syndrome anxio-dépressif, phonophobie... Les effets du choc acoustique plus particulièrement reconnus en accident du travail peuvent être catastrophiques pour les salariés sur un plan personnel (souffrance, isolement, handicap), professionnel (inconfort, stress) et socio professionnel (arrêt de travail, séquelles, inaptitude, licenciement).

Du point de vue anatomophysiologique, les mécanismes du choc acoustique sont mal connus. D'ailleurs cette entité est de connaissance récente, naissant avec le développement du concept des plateformes téléphoniques, la première grande publication date de 2006.

Il peut exister :

- un syndrome tonique du muscle tenseur du tympan au niveau de l'oreille moyenne. (18 et 19) ; ce muscle se contracte notamment en cas de traumatisme sonore ;
- une dysfonction cochléaire au niveau de l'oreille interne (acouphène, surdité neurosensorielle) ;
- le système nerveux auditif central peut être à l'origine d'une chronicisation via des dysfonctionnements du système sérotoninergique à l'origine de l'hyperacousie et des symptômes psychologiques ;

Dans la série publiée par MJ Esteve Fraysse, on note (13) les signes cliniques suivants par ordre de fréquence :

- Otalgie 98%
 - Plus ou moins douleur mâchoire, cou, face
 - Brûlure
 - Aigue (coup de couteau)
 - Sourde



Disparition le plus souvent en quelques jours

- Acouphènes 50%
- Troubles de l'équilibre 48%
- Hyperacousie 32%

- Céphalées 30%
- Echo (Audition voilée, distorsion) 18%
- Plénitude 11%

L'origine évoquée est un syndrome tonique du muscle tenseur du tympan.

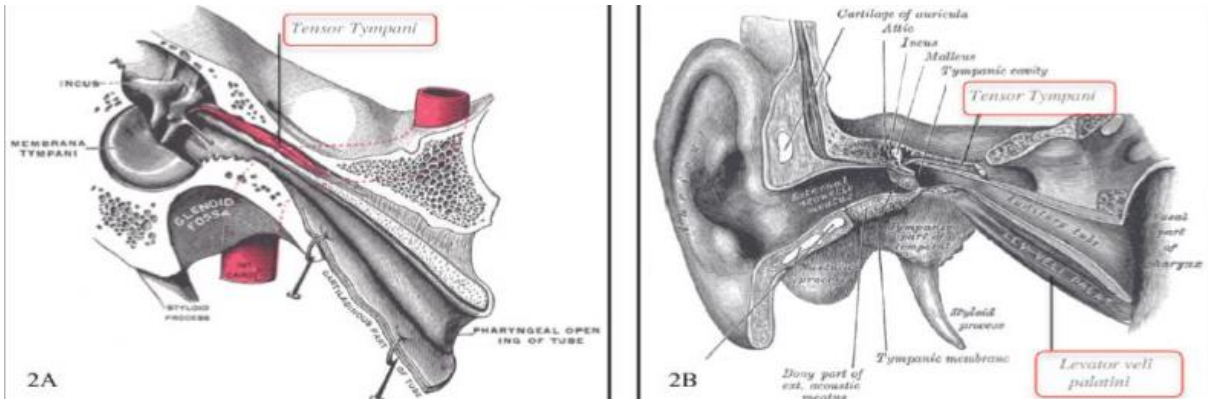


Figure 5 : Muscle tenseur du tympan

A l'examen ORL :

- Surdité peu fréquente
 - Série de Vinoth 2010
 - 340 cas de chocs acoustiques
 - 34 cas de surdité
 - Dans le cas de la survenue d'une surdité elle touche plutôt les fréquences graves et d'intensité mod er e. Cependant elle peut atteindre les 4000 Hz unilatéral corr el e au choc acoustique de récupération totale fréquente.

A l'extrême, cela peut aboutir au syndrome du choc acoustique (Sca). Dans cette même publication, l'auteur insiste sur le fait que la persistance des symptômes est favorisée par la récidive des chocs mais aussi le terrain, l'anxiété, le stress. Il évoque l'installation du syndrome du choc acoustique sous tendu par :

- Caractéristiques cliniques
- Troubles psychologiques
- Nécessité de prise en charge

- Retentissements professionnels
- Retentissements médicolégaux

On peut d'ores et déjà noter que le syndrome du choc acoustique est une entité qui dépasse la seule spécialité ORL et fait clairement apparaître des notions relatives aux stress, troubles psychologiques, conditions de travail, reconnaissance. Nous sommes bien dans le domaine du risque psychosocial.

II - Notre étude en caisse MSA régionale.

1 - Réflexions générales.

Je tiens à souligner tout d'abord, que le médecin du travail en charge du personnel de l'entreprise est le docteur J-L W. qui est également mon tuteur. J'ai assisté à plusieurs consultations avec lui suite à ces événements au centre de contact. En effet, je suis arrivé dans l'établissement en début d'année et j'ai été immédiatement confronté à ce problème.

L'analyse qui suit est extraite des dossiers informatiques à partir du logiciel @TOUPREV. Je me permettrais à ce propos deux remarques :

- tout d'abord, il est regrettable que cet outil ne facilite pas ce type de travail (pas de possibilité de créer de sous population...). A moins que cela ne soit dû à mon manque d'expérience de ce logiciel ;

- ensuite, je ne saurais que remercier à nouveau mon tuteur responsable de ces dossiers, car j'ai pu à travers certes un travail exhaustif et patient de recherche individuelle retrouver un grand nombre d'informations intéressantes.

Enfin, on peut constater que les événements qui se sont produits en 2015-2016 au centre de contact ont généré un problème humain conséquent avec 12 personnes victimes d'un choc acoustique dont les conséquences ne sont pas encore toutes connues pour chacun. De même, cela a entraîné, et ce n'est pas terminé, pour l'encadrement et la Direction un peu désemparée de grosses difficultés de gestion.

Pour finir, le service santé sécurité au travail a été inondé par un surcroit de visites longues et complexes. J'ai dénombré en retournant aux dossiers individuels pas moins de 60 visites sans compter les CHSCT extraordinaires, réunions, et rapport à la Direction. Ces propos me semblent importants car dans le contexte, la recherche des responsabilités avec recours contre tiers éventuel pourrait peut être s'envisager (accident du travail.. recours contre tiers ...).

2 - Population étudiée.

Les 24 membres du service du centre de contact constituent notre population.

Nous la subdiviserons dans une seconde partie en deux :

- les employés victime d'un choc acoustique,
- les employés non choqués.

Nous incluons volontairement l'encadrement car même si il n'est pas vraiment soumis au risque de choc acoustique, il fait partie néanmoins du même service et peut être soumis à un autre risque inhérent à ce genre d'activité à savoir le risque psychosocial.

Ensuite parmi le groupe des employés choqués, j'établirai une subdivision entre la première vague de chocs, soit avant paramétrage des casques à 80 dB(A) (à noter dans ce groupe qu'une salariée a été choquée deux fois) et celle ayant subi des chocs moins forts, soit postérieurement au 11 janvier 2016.

Quant aux salariés épargnés jusqu'à maintenant la plupart exprime une nette appréhension à son tour d'être touchée comme redoutant « la contagion » ce qui n'améliore pas l'ambiance générale.

NUMERO D'ORDRE	ANNEE DE NAISSANCE	AGE	ANCIENNETE	SEXE	CHOC LE	NB VISITE MT
1	1958	58	35	F		1
2	1972	44	5	M		1
3	1957	59	36	F		1
4	1969	47	27	F		1
5	1979	37	2	F		1
6	1966	50	24	F		2
7	1965	51	28	F		1
8	1956	60	13	F		1
9	1973	43	21	F		1
10	1958	58	36	F		1
11	1974	42	2	M		1
12	1981	35	2	F		0 CONGES MAT
13	1967	49	19	F	28/12/15	8
14	1993	23	2	F	04/01/16	1
15	1990	26	2	F	04/01/16	6
16	1981	35	2	F	21/12/15	4
17	1973	43	3	M	22/12/15	8
18	1967	49	18	F	22/12/15	6
19	1980	36	2	F	21/12/15	5
20	1979	37	2	F	24/11/2015+11/12/2015	8
21	1977	39	2	F	28/04/16	3
22	1988	28	6	M	13/01/16	2
23	1978	38	17	F	26/05/16	3
24	1995	21	2	F	26/04/16	2
MOYENNE		42,91	13,30			56

Figure I : Tableau Population des employés du CDC

NUMERO D'ORDRE	ANNÉE DE NAISSANCE	AGE	ANCIENNETÉ	SEXE	DATE DU CHOC	NB DE VISITE MT
13	1967	49	19	F	28/12/15	8
14	1993	23	2	F	04/01/16	1
15	1990	26	2	F	04/01/16	6
16	1981	35	2	F	21/12/15	4
17	1973	43	3	M	22/12/15	8
18	1967	49	18	F	22/12/15	6
19	1980	36	2	F	21/12/15	5
20	1979	37	2	F	1/2015+11/12/15	8
21	1977	39	2	F	28/04/16	3
22	1988	28	6	M	13/01/16	2
23	1978	38	17	F	26/05/16	3
24	1995	21	2	F	26/04/16	2
MOYENNE		35,33	6,42			5

Figure II : Tableau des employés ayant subit un choc

Tous les agents du service ont été reçus au moins une fois par le médecin du travail y compris l'encadrement. Ceci dans un premier temps à la demande de la Direction puis dans le cadre du suivi périodique organisé par le service santé sécurité au travail voire dans le cadre plus général des missions réglementaires du médecin du travail :

- Conduire les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.
- Conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail.
- Assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge.
- Participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

3 - Modalités de recueil des informations.

Toutes les informations ont été recueillies lors d'entretiens individuels avec le médecin du travail en charge de l'entreprise. Ce dernier devant la redondance du phénomène a rapidement systématisé sa manière de faire, dans un souci d'harmonisation et de reproductivité. Les victimes de choc ont été vues le plus rapidement possible après l'événement. Le médecin a recueilli la symptomatologie exprimée par le patient au plus proche de ses dires.

Une petite parenthèse, tous les chocs déclarés ont été instruits de façon « positive ». La pathologie engendrée étant subjective, nous avons une relation de confiance entre employés de la même entreprise sans quoi rien ne peut être envisagé. Cette attitude est également valable pour le service du contrôle médical qui a dû se prononcer sur l'imputabilité de ces accidents du travail.

- Le médecin du travail a procédé à un interrogatoire sur :
 - Les circonstances de survenue de l'accident
 - L'intensité et la fréquence du bruit
 - La latéralité oreille droite ou oreille gauche
 - La réaction de l'intéressé
 - L'évaluation succincte du ressenti de la situation de travail

- Stress
 - Anxiété
 - Peur du bruit
 - Peur des récives
 - Conduite d'évitement
 - Recherche d'état dépressif
 - Recherche de fausse croyance, peur de la surdité
- Il a procédé également à un examen général et otologique par otoscopie.
 - Au moins un audiogramme a toujours été réalisé.
 - Pour finir ou pour commencer l'entretien d'ailleurs, il a été remis à chacun un questionnaire de type KARASEK en 26 questions en référence à l'enquête SUMER 2002 afin de cerner au mieux le risque psychosocial.

Très rapidement après les premiers chocs, au vu de la lecture de la bibliographie, un contact a été établi avec un médecin spécialiste en ORL du CH le plus proche pour organiser une consultation en urgence si le besoin s'en faisait sentir étant donné les délais d'obtention des rendez-vous.

Cette option n'a toutefois jamais été utilis e par nos collègues. Les personnes ont l'habitude de consulter leur médecin spécialiste habituel qu'ils ont déjà eu l'occasion de voir pour eux même ou leurs enfants.

A noter que les agents ayant subi un choc ont été vus à plusieurs reprises en raison de l'installation parfois d'un véritable syndrome du choc acoustique. (13)

4 - Les résultats.

a - Les résultats dans leur approche globale.

En préambule puisque cela ne figure pas dans les tableaux : tous les chocs ont été déclarés et reconnus en accident du travail. Aucun dossier accident n'est à ce jour clos par consolidation ou guérison, tous les patients sont considérés comme étant en soins.

L'effectif est de 23 employés en effet une personne n'était pas présente lors des  v nements puisque en congé maternité.

La population des salariés du centre d'appel est fortement f minis e quatre hommes pour 19 femmes.

La moyenne d'âge se situe à 43 ans.

L'ancienneté moyenne dans l'entreprise de 14 ans.

L'effectif total de l'entreprise arrêté fin 2015 est de 519.

Le ratio homme/femme est de 18%.

L'âge moyen des salariés est 48 ans.

L'ancienneté moyenne est de 21,6.

La sous population des salariés du CDC se distingue par une ancienneté et un âge moyen plus faible. Ses moyennes sont « tirées vers le bas » par la forte proportion de jeunes embauchés pour travailler au centre d'appel.

Tout l'effectif sans exception a au moins été vu une fois par le médecin du travail au décours immédiat de la survenue des problèmes acoustiques.

Si on considère dans un second temps la sous population des salariés choqués.

- Tout d'abord la population est importante, l'effectif touché représente plus de la moitié du service soit 12/23 personnes.

- On retrouve deux hommes pour quatre choqués, cela reste dans la proportion.

- Cette population est plus jeune, moyenne d'âge 36,5 ans et plus jeune également dans l'entreprise, ancienneté moyenne 6 ans.

- Le fait saillant dont je me suis aperçu en construisant le tableau, c'est que les accidents ont touché de façon prépondérante les nouveaux embauchés directement recrutés pour travailler au centre d'appels et dont l'ancienneté dans l'entreprise avoisine les deux ans et ceci dans une proportion de 9/12.

- Les salariés ont également vu en moyenne cinq fois sur une durée de sept mois le médecin du travail dans le cadre de leur suivi.

Ensuite, comme il a été dit auparavant, nous avons rapidement voulu réaliser une évaluation globale du risque psychosocial du groupe vu les données de la littérature et fraîchement sensibilisés par les cours dispensés au cours de mon cursus à l'INMA.

Nous avons choisi le questionnaire standardisé de KARASEK en 26 questions assez simple à remplir et qui permet d'apprécier le degré de latitude décisionnelle, le niveau de

demande psychologique et le soutien social de la hiérarchie et des collègues de travail. Après saisie des questionnaires sur notre logiciel d'analyse, nous obtenons un graphique permettant de classer la population en actifs, passifs, tendus et détendus, en référence à la population de l'enquête SUMER 2002.

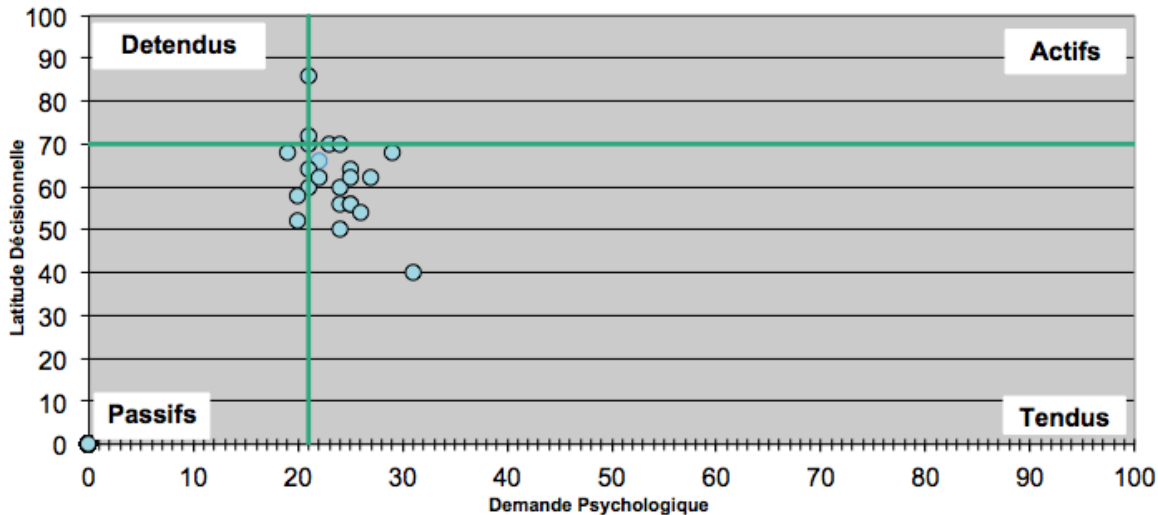


Figure 6 : Répartition de la population selon SUMER 2002 en fonction de la latitude décisionnelle et de la demande psychologique

Dans notre série et de façon globale par rapport au test de KARASEK, nous ne pouvons pas isoler deux sous populations puisque certains des chocs ont eu lieu postérieurement à la première consultation au cours de laquelle nous l'avons réalisé et de façon anonyme ; on note :

- Une latitude décisionnelle inférieure à celle de la population générale au travail, de l'enquête SUMER 2002, 62 vs 70 et une demande psychologique plutôt élevée, 24 vs 21. Le groupe se trouve majoritairement dans la zone tendue (peu de latitude décisionnelle et assez forte demande psychologique : 15 personnes sur 23). Les huit restantes sont soit passives, soit à la limite entre zone tendue et passive pour cinq personnes.

- Sur le thème du soutien social et de la reconnaissance le score moyen est de 24,5 il est qualifié de faible si inférieur à 24.

Ce score regroupe les réponses à huit questions qui évaluent le comportement de la hiérarchie et des collègues en la matière. On note simplement que les salariés ont le sentiment subjectif d'être soutenus davantage par leurs collègues que par leur hiérarchie.

b - Les résultats de façon individuelle.

Je ne commenterai pas le cas des salariés épargnés par la vague de chocs pour la simple raison qu'il n'y a rien à rajouter aux remarques générales.

Dans tout ce qui va suivre certaines informations peuvent paraître imprécises, mais cela est volontaire pour préserver au mieux le secret médical. J'exposerai à la date du 01 Août 2016 la tendance vers l'évolution la plus probable.

Premier cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne ancienne embauchée redéploiement interne.

Vue à J plus 11 du choc par le médecin du travail

Caractéristiques physiques du choc

Bruit qualifié de puissant type Larsen latéralisé à gauche de fréquence aiguë

Signes fonctionnels

Hyperacousie

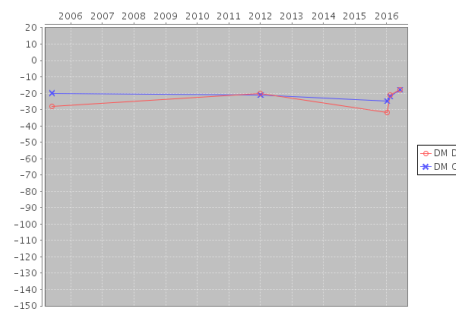
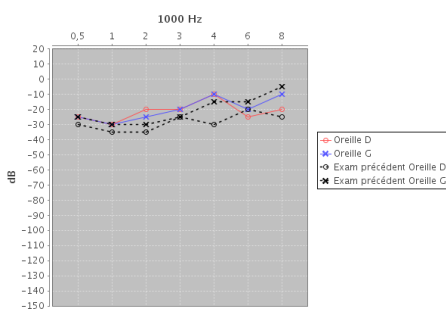
Acouphènes

Otalgie bilatérale

Sensation d'oreille gauche bouchée

Pas de trouble du sommeil

Examen MT 06/06/2016



Conclusion du médecin ORL

Cs de janvier 2016

Clinique normale, tympanométrie normale, petit scotome à 6 KHz gauche, seuil 30 dB. Acouphènes possiblement en lien avec le choc acoustique.

A revoir dans 3 mois.

Cs de mars

Idem, scotome 30 dB à 6 KHz gauche, inchangé. Attendre habituation aux acouphènes et hyperacousie.

Traitement

Prescription par le médecin O.R.L. de bouchon réducteur de bruit

Évolution

Persistence de la symptomatologie fonctionnelle de départ en très légère amélioration ces derniers jours

Devenir socio professionnel

Inapte au poste depuis le début

A revoir au mois d'octobre

Perspective reprise de téléphone avec bouchons d'oreille en utilisant le haut-parleur externe avec isolement dans un bureau individuel - un contact avec la hiérarchie et le service des ressources humaines sera à prévoir.

Second cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue à J plus 4 du choc par le médecin du travail

Caractéristiques physiques du choc

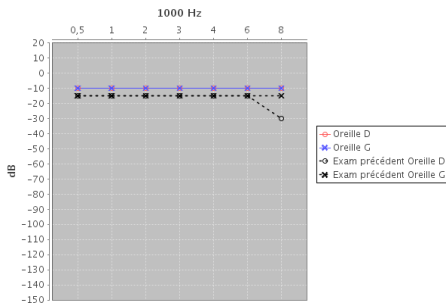
Petit choc de type long sifflement aigu bilatéral

Signes fonctionnels

Douleur oreille droite pendant 10 minutes environ
puis disparition des symptômes

Examen 08/01/2016

RAS le jour de l'examen



Évolution et devenir socio professionnel

Maintien de l'aptitude au poste

Troisième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue le jour du choc par le médecin du travail

Caractéristiques physiques du choc

Son violent et aigu à gauche

Signes fonctionnels

Acouphènes gauches et parfois bilatéraux

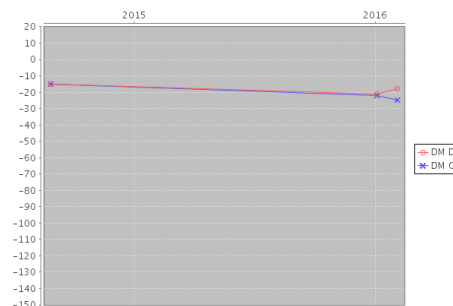
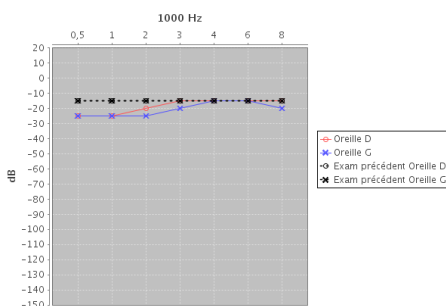
Sensation d'oreille bouchée

Otalgie et douleur sous angulo maxillaire

Hyperacousie

Céphalées

Examen MT 04/02/2016



Traitement

Antalgiques niveau 2, anxiolytique
Prise en charge psychologique 3 séances

Évolution

Très lente amélioration des signes fonctionnels jusqu'à la dernière visite du mois de juin

Devenir socio professionnel

Reprise à mi temps thérapeutique 2 fois deux heures par jour, éloignée du centre de la pièce avec bouchon oreille gauche depuis avril jusqu'à fin août
A terme probable reprise temps plein même si la patiente dit vouloir faire autre chose.

Quatrième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.
Vu à J plus 28 du choc par le médecin du travail en raison des congés.

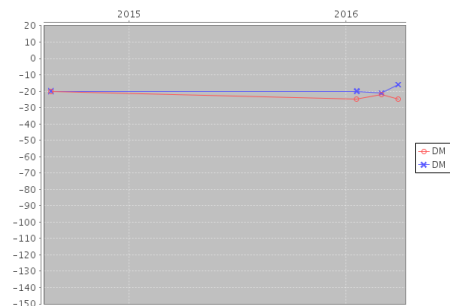
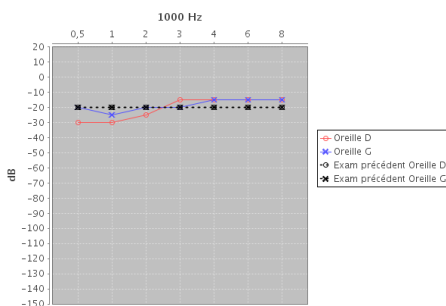
Caractéristiques physiques du choc

Plusieurs chocs dont un long intense et aigu

Signes fonctionnels

Acouphènes
Otalgie gauche permanente au travail
Sensation d'oreille bouchée
Céphalées en fin de journée et intolérance au bruit
Insomnie avec réveil fréquent et difficulté d'endormissement

Examen MT 19/01/2016



Évolution

Persistance des symptômes en très lente amélioration

Devenir socio professionnel

Reprise mi temps thérapeutique fin février et temps plein fin avril.
Personnalité « forte » ne voulant pas s'écouter.

Cinquième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.
Vue à J plus 1 du choc par le médecin du travail.

Caractéristiques physiques du choc

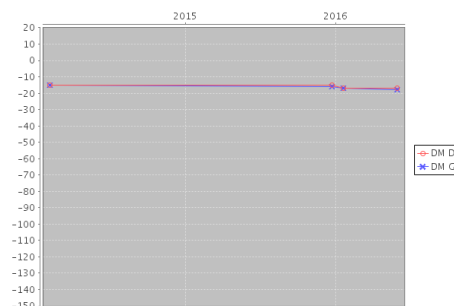
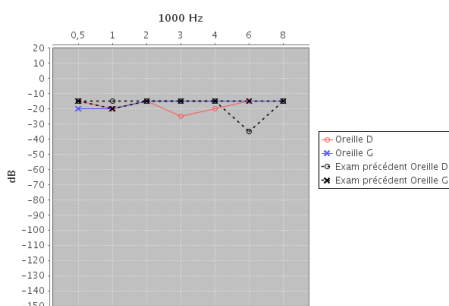
Unilatéral droit sifflement aigu pendant 10 secondes environ

Signes fonctionnels

Acouphènes
Otalgie droite irradiant en latéro cervical
Céphalées
Hyperacousie parfois

Examen MT 19/01/2016

Tympan terne à droite normalisé en un mois



Conclusion du médecin orl

cs mars 2016

Examen normal suite choc auditif. Persistance acouphènes... Pas de Tt.

Se protège si expo aux bruits forts

Traitement

A noter 6 jours de corticoïdes prescrits pas son médecin traitant

Évolution

Amélioration lente des signes fonctionnels

Disparition des acouphènes et céphalées

Devenir socio professionnel

Reprise à mi temps thérapeutique 2 fois deux heures fin avril 2016 et à temps plein à compter de fin juin

Sixième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne ancienne embauchée redéploiement interne

Vue à J plus 1 du choc par le médecin du travail.

Caractéristiques physiques du choc

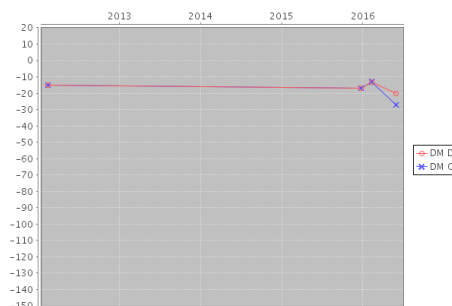
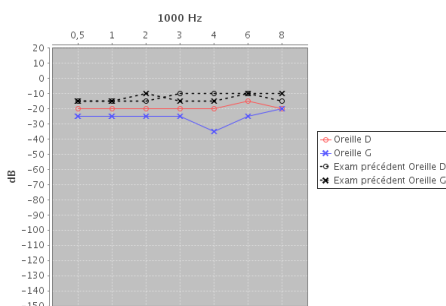
Long sifflement strident comme si quelqu'un appuyait sur les touches du clavier téléphonique plus bourdonnement intempestif plus ou moins fort avec craquements et friture bruits entendus par le correspondant

Signes fonctionnels

Sifflements, acouphènes

Sensation d'oreille bouchée

Examen 30 mai 2016



Conclusion du médecin orl

cs mars 2016

Scotome -55 dB à 6000 Hz à D, - 35 dB à 4000 et 8000 Hz à G. Sera revue dans 6 mois.

Évolution

Amélioration des symptômes

Devenir socio professionnel

Reprise à mi temps thérapeutique mi mars deux fois deux heures et temps plein début juin

Septième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue à j plus 18 du choc par le médecin du travail

Caractéristiques physiques du choc

Comme un coup de feu à droite

Signes fonctionnels

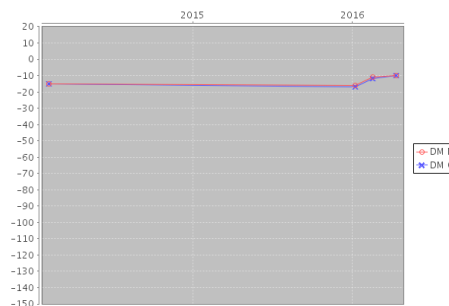
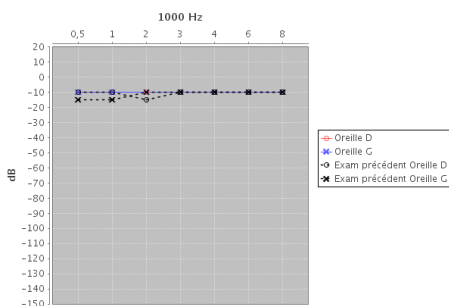
Acouphène

Hyperacousie

Otalgie avec irradiation cervicale

Sensation d'oreille bouchée

Examen MT 11 04 2016



Conclusion du médecin ORL

cs mai 2016

Examen Normal, hyperacousie suite commotion labyrinthique droite. Reprise poste à risque sonore fortement déconseillée.

Persistance des symptômes initiaux en très légère amélioration en juin
Porte des bouchons réducteurs de bruit prescrits par l'ORL.

Devenir socio professionnel

L'amélioration très discrète actuellement ne permet pas d'envisager de reprise du téléphone et ce jusqu'à fin septembre au moins.

Le devenir de cette personne reste très incertain, une inaptitude reste fortement envisagée.

Huitième cas clinique

Histoire de la maladie

Deux chocs subis à trois semaines d'intervalle avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue à J plus 7 du second choc par le médecin du travail. (Premier choc non déclaré)

Caractéristiques physiques du choc

Bourdonnements et sifflement forts à droite pendant moins d'une minute.(fait constatés par la hiérarchie).

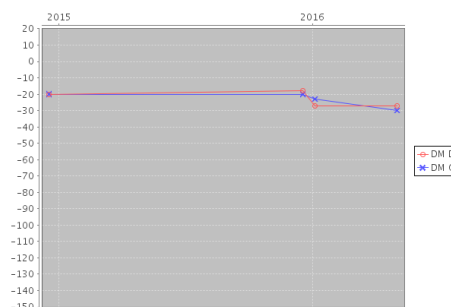
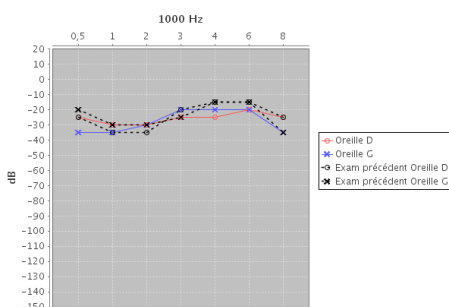
Signes fonctionnels

- Sensation vertigineuse, céphalées
- Douleur à la mastication et déglutition
- Otalgie droite
- Acouphènes
- Impression de surdité droite
- Trouble du sommeil

Examen MT

Tympan droit terne

Audiogramme du 02/05/2016



Conclusion du médecin ORL

cs déc 2015

Confirmation de l'inaptitude au téléphone pendant deux mois

Traitement

Vasodilatateurs antalgiques.

Évolution

La tentative de reprise à mi temps thérapeutique, deux fois deux heures, en appels entrants au mois de mai déclenchera la réactivation et l'aggravation des symptômes (acouphène, céphalée, otalgie). L'inaptitude définitive en deux visites après étude de poste et des conditions de travail sera prononcée.

L'employeur procédera à un reclassement.

Neuvième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi après le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue à j plus 4 du choc par le médecin du travail

Caractéristiques physiques du choc

Son aigu strident comme une sonnerie de fax qualifié de très fort.

Signes fonctionnels

Otalgie gauche irradiant en cervical

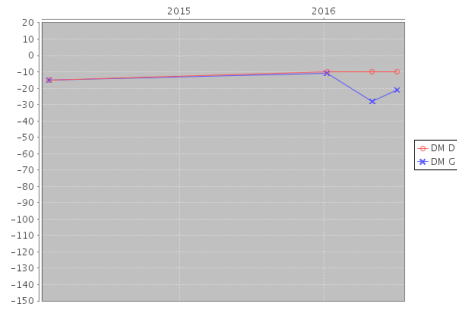
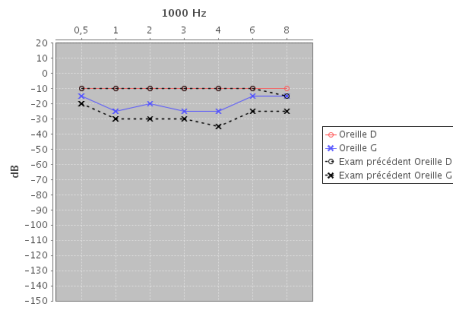
Céphalées

Hyperacousie acouphènes

Examen MT

Tympan normaux

Audiogramme du 04/07/2016



Traitement

A eu deux cures courtes de corticoïdes, antalgiques et anxiolytiques

Évolution

Lente amélioration des douleurs à gauche

Persistance hyperacousie

Inaptitude au téléphone maintenue jusqu'à fin août cs ORL prévue.

Dixième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi avant le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue le jour du choc.

Caractéristiques physiques du choc

Long sifflement aigu unilatéral droit qui a obligé à couper la conversation

Signes fonctionnels

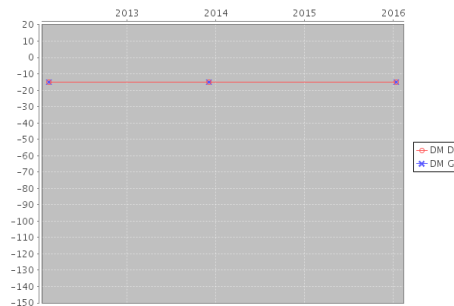
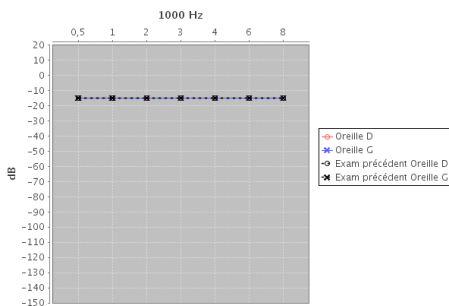
Céphalées

Sensation d'oreille pleine

Examen MT

Tympan gauche normal, droit terne

Audiogramme du 13/01/2016



Évolution

Amélioration rapide
Reprise progressive du téléphone dès février

Onzième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi après le paramétrage du casque chez une personne ancienne embauchée redéploiement interne.
Vue le lendemain du choc

Caractéristiques physiques du choc

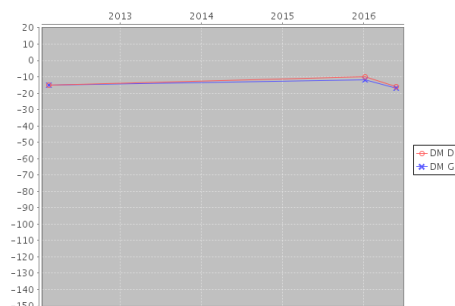
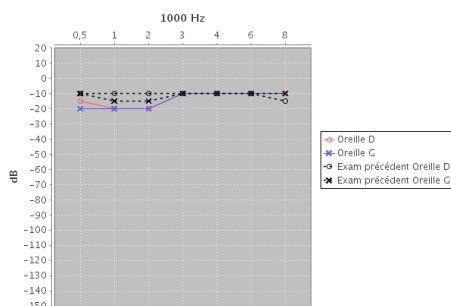
Bip long continu strident et aigu pendant la conversation du côté gauche.

Signes fonctionnels

Hyperacousie, otalgie gauche

Examen MT

Tympanaux normaux
Audiogramme du 27/05/2016



Évolution

Vu le caractère récent du choc, repos auditif, inapte au téléphone, à revoir en septembre

Douzième cas clinique

Histoire de la maladie

Choc subi après le paramétrage du casque chez une personne nouvellement embauchée spécifiquement pour le centre d'appel.

Vue 7 jours après le choc

Caractéristiques physiques du choc

Bruit fort très aigu comme un fax

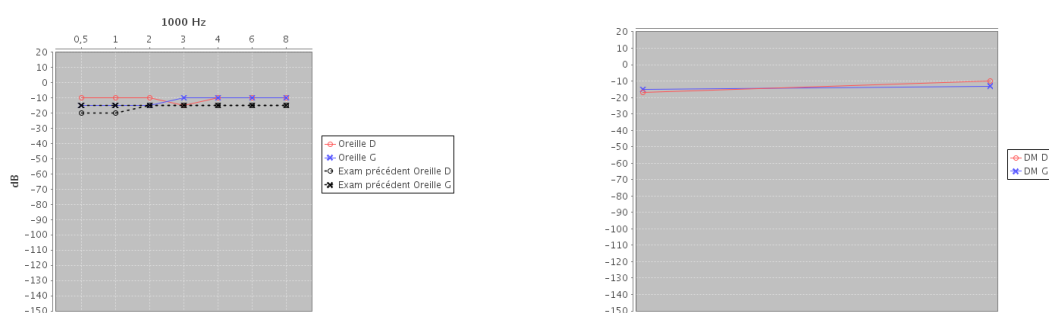
Signes fonctionnels

Sensation de pression dans l'oreille en atténuation

Examen MT

Tympanaux normaux

Audiogramme du 02/05/2016



Évolution

Apte au téléphone

5 - Discussion des résultats.

En préambule il faut dire que vu la taille de l'effectif, cette étude ne peut avoir de valeur statistique, il s'agit simplement d'une approche descriptive d'une situation.

Cette partie sera orientée davantage vers la pratique de terrain et le vécu du médecin du travail, face à une véritable « épidémie » qui a profondément déstructuré le fonctionnement d'un important service de la caisse. La Direction et la hiérarchie se sont trouvées bien déconcertées, redoutant chaque jour la survenue d'un nouvel événement. La situation a même nécessité le recours à deux personnes en Contrat à Durée Déterminé (CDD) pour maintenir l'activité.

Je ne me livrerai pas à une analyse O.R.L. précise cela est affaire de spécialistes par contre, évaluer l'évolution socioprofessionnelle des salariés concernés me paraît capital.

De la vision que l'on peut en avoir début août 2016, et selon l'analyse individuelle réalisée, même si les données recueillies sont éminemment subjectives, je discuterai les résultats de la façon synthétique suivante.

Il existe incontestablement une scission parmi le groupe des agents ayant subi un choc. Elle correspond au paramétrage des casques réalisé pendant la semaine de fermeture lors de l'exercice du droit de retrait.

Du point de vue des caractéristiques physiques :

- Le premier type avant paramétrage produisant un choc plus puissant en intensité puisqu'à vrai dire non limité par le casque.
- Le second type après paramétrage à 80 dB des casques qui produit un son filtré et réduit la portée des bruits parasites (maximum 92dB(A)). Cf. annexe 3

Ensuite par rapport aux signes fonctionnels recueillis lors de l'investigation du médecin du travail et quel que soit le type de chocs, la symptomatologie est bien conforme aux données de la littérature. Je ne réaliserai pas, vu l'effectif, de classement de symptômes par ordre de fréquence. Cet aspect fonctionnel a tendance à évoluer vers le syndrome du choc acoustique sous-tendu par le syndrome tonique du muscle tenseur du tympan, la dysfonction cochléaire, la dysfonction du système sérotoninergique, chez plus de la moitié de l'effectif.

À ce propos j'établirai le classement suivant :

- Quatre salariés voient leur symptomatologie initiale perdurer même si l'amélioration est très lente. Ces quatre salariés sont issus du groupe avant paramétrage des casques. Ils évoluent probablement vers le syndrome du choc acoustique et probablement vers le syndrome de muscle tenseur du tympan et développent des symptômes de type psychologiques, phonophobie, anxiété, dépression, stress post traumatique, fatigue... D'un point de vue socioprofessionnel une inaptitude définitive au poste a été prononcée par le médecin du travail dans ce groupe, la personne bénéficie d'un reclassement.

Cela me permet d'ouvrir une parenthèse en soulignant que la gestion a été « facilitée » pour le médecin du travail en évitant au maximum les arrêts travail (2 à 3 semaines en tout sur l'ensemble de la population). L'entreprise, la Direction, la hiérarchie ont favorisé la mise au repos auditif préconisé par le médecin du travail conforté aussi bien par la littérature que par les spécialistes consultés. En effet durant cette phase de mise repos, le personnel a été redéployé vers d'autres services ou d'autres activités n'impliquant pas la prise de communications téléphoniques.

Je redoute actuellement dans ce groupe que l'on qualifiera de « grave ou fragile » encore deux inaptitudes définitives. La dernière personne de ce groupe devrait avec patience et aménagement probablement reprendre son poste de travail.

- Six salariés pour lesquels ces événements ont nécessité une prise en charge et une évolution plus rapide. Dont trois que l'on peut même qualifier de bénins avec reprise très

rapide du poste et trois autres qui ont à ce jour repris leur activité antérieure après une période de repos auditif variant de deux à six mois, sans pour autant être guéris.

- Pour les deux derniers salariés récemment atteints, nous manquons actuellement de recul pour donner un avis sur leur devenir toutefois je serais assez confiant.

- Les différents audiogrammes réalisés montrent à une exception près, de très légères perturbations ni reproductibles ni spécifiques et dont l'imputabilité ne repose que sur la chronologie des faits.

- Les traitements prescrits au décours des événements sont par ordre de fréquence les antalgiques niveau un ou deux, les corticoïdes en cure courte, les myorelaxants, les anxiolytiques, et parfois autres thérapeutiques type Rivotril®, Lyrica®, Laroxyl.® En somme rien d'original par rapport aux données acquises actuelles.

- Quatre sur les douze personnes victimes de chocs ont bénéficié d'une prescription de bouchons réducteurs de bruit. Trois personnes sur ces quatre appartiennent au groupe dit grave. Cette prescription est ressentie positivement par les patients, elle permet une meilleure tolérance aux bruits ambiants en situation de travail au CDC ou ailleurs. Toutefois dans notre série je ne peux pas dire que cela a été déterminant dans la reprise du poste. Sur les quatre, trois appartiennent au groupe qui n'a pas encore repris son poste, une personne a été déclarée inapte et la dernière a subi un choc trop récent pour se prononcer aujourd'hui.

Les autres thérapies citées dans la littérature, thérapies sonores, thérapie cognitivo-comportementales, sophrologies n'ont pas été prescrites par les professionnels de santé correspondants à notre effectif.

Ensuite comme le dit le dicton « un train peut en cacher un autre, » ces événements et surtout l'ampleur de leur évolution, ne révèlent-ils pas le climat de risque psychosocial propre à ce type de service ? En effet, cela fournirait une piste d'explication au sujet des évolutions péjoratives touchant les sujets les plus fragiles psychologiquement.

- Les centres d'appels téléphoniques cristallisent les six grands types de facteurs de risque selon le rapport GOLLAC (21) mis en évidence dans la littérature scientifique.

À savoir :

- L'intensité du travail

Nous l'avons déjà mentionné, les téléconseillers ont un rythme de travail très soutenu, nombreux appels de complexité souvent importante et multi-législation. Les informations et les réponses apportées ne sont pas toujours faciles à trouver. Comme je le soulignais

au début de ce travail, il n'existe pas de bases de données fiables avec des moteurs de recherche performants mais encore des classeurs multiples...

De plus, après renseignements pris auprès de la hiérarchie, les consignes sont formelles. Les téléconseillers ne sont pas autorisés à passer l'appelant dont la question nécessite un avis plus spécialisé. Ils doivent saisir toutes les données sur une interface qui ensuite sera retransmise à un agent du BackOffice qui rappellera l'assuré.

Sans compter les contraintes de rythme, les appels sont chronométrés et les pauses sont réglementées. Les salariés bénéficient d'horaires de travail moins souples que les autres pour cadrer avec les horaires d'ouverture.

Tout ce fonctionnement est générateur de stress.

- Les exigences émotionnelles

Les relations avec les adhérents souvent mécontents, temps d'attente, cotisation à payer, incompréhension, le contact avec leur souffrance constituent une charge émotionnelle difficile à gérer pour une population plutôt jeune. Ceci peut constituer un embryon d'explication, au pourquoi les chocs ont touché préférentiellement les nouveaux embauchés...

Dans le même ordre d'idée, le contrôle obligé de ses émotions, la maîtrise de sa peur de la violence sont le quotidien dans ce service.

- L'autonomie

La caractéristique est le manque d'autonomie procédurale ou temporelle de cette activité. Le fait de ne jamais pouvoir anticiper les tâches à venir étouffe toute velléité d'autonomie.

- Les rapports sociaux au travail

Les objectifs ou exigences de la hiérarchie ne sont pas toujours comprises et parfois mal vécues. Le peu de relations et de coopérations avec les collègues, voire l'isolement ressenti au sein d'un grand plateau couplé au manque de sensation de travail bien fait alourdissent fortement le climat social. De plus, le manque de reconnaissance même du public, qui focalise souvent son mécontentement sur l'interlocuteur joint, se surajoute.

- Les conflits de valeurs

La demande de la hiérarchie peut être contraire aux valeurs personnelles. Un exemple parmi d'autres : gérer un appel dans un temps limité peut être difficile en cas de précarité.

- L'insécurité de la situation de travail

Nombreux sont ceux parmi le groupe qui nous ont rapporté qu'ils ne se sentaient pas capable de tenir dans ce service sur une longue durée.

Il est vrai que l'on retrouve ces facteurs de risque dans différents métiers mais il me semble que les centres d'appels téléphoniques les agglomèrent, voire les amplifient. Cela est confirmé par les tests de KARASEK en 26 questions que nous avons pratiqués. Le fait de retrouver une demande psychologique forte, avec un groupe tendu et peu de latitude décisionnelle est bien le reflet de tout ce qui a été évoqué plus haut. Il est bien évident que toutes ces considérations ne remettent en rien en cause la réalité physique des chocs, mais l'évolution particulière vers des entités comme le syndrome du choc acoustique ou le syndrome tonique du muscle tenseur du tympan y participent grandement.

Voyons maintenant quelle conduite pouvons-nous proposer aux médecins du travail à l'issue de cette expérience.

6 - Rôle du médecin du travail.

Il faut tout d'abord bien se documenter sur la pathologie, le phénomène étant mal connu. Il faut faire une mini revue de la littérature. Ceci dans le but de fournir des explications claires, précises, pertinentes et assurées sur la symptomatologie pour pouvoir faire passer un message positif qui soit entendu au sujet de la bonne évolution régulière des symptômes. Sans vouloir bien évidemment les négliger ou les éluder.

Donner des directives précises aux salariés en cas de récurrence de choc comme :

- Retirer son casque immédiatement, faire constater l'évènement à son superviseur.
- Raccrocher même si l'interlocuteur est toujours en ligne et que la liaison est redevenue normale. En effet le choc est généralement lié à un problème sur un des éléments de la liaison téléphonique et pourrait se reproduire. L'opérateur peut prendre le temps d'en informer son correspondant en se servant du microphone sans remettre le casque sur ses oreilles. (16)

Le médecin du travail doit voir systématiquement tous les salariés du service choqués ou pas pour bien prendre la mesure de l'ambiance générale. Il doit même se rendre dans le service pour faire une étude globale des conditions de travail qui y règnent et bien comprendre les enjeux.

Il doit privilégier un temps d'écoute attentive et empathique des salariés tout en recadrant d'après les expériences similaires et en rassurant sur l'avenir et le peu de séquelles persistantes de façon générale (1 cas sur 10 de surdité modérée sur les

fréquences graves dans l'étude de MJ Fraysse). Si le patient semble non accessible et réticent à admettre ces informations, il ne faut pas hésiter à organiser le plus rapidement possible une consultation spécialisée qui viendra appuyer les paroles du médecin du travail. Le fait de passer un accord en cas « d'épidémie » avec un ORL de ville pour voir les patients en urgence est certainement une bonne manière d'opérer.

Il faut être patient et revoir les personnes souvent pour évaluer le moment judicieux de la reprise du téléphone. Le repos auditif étant une recommandation importante de l'ensemble du corps médical. Nous avons la chance d'être dans une structure où « inaptitude temporaire » à la prise de communication ne signifie pas arrêt de travail, mais reclassement provisoire. Il faut en être conscient. La reprise progressive semble dans notre étude avoir été gagnante le plus souvent (une exception), avec des plages de téléphonie de 2 fois deux heures alternées de périodes de repos.

L'option des appels entrant ou sortant peut paraître un peu curieuse au profane mais comme nous l'avons déjà expliqué les appels sortants sont tout de même moins vecteurs de stress que les entrants.

Il n'est pas prescripteur de traitement médicamenteux mais il pourra toutefois confirmer le rôle et les bienfaits des molécules prescrites par les confrères dans ce genre de pathologie conformément aux données acquises actuelles.

Le fait de réaliser un audiogramme aux agents destinés à ce type de service à l'embauche et lors des incidents est aussi important. Cela participera à réassurer les salariés sur leur audition. Dans notre série je ne relève que peu d'impact des chocs sur les audiogrammes réalisés cela est important même par rapport au RPS.

Évidemment le médecin du travail en lien avec l'équipe pluridisciplinaire en santé sécurité au travail s'assurera de la mise en place par l'entreprise de toutes les actions visant à améliorer ou à faire disparaître les phénomènes indésirables, cela concerne l'organisation matérielle, la disposition des bureaux du plateau technique. Son avis à propos des mesures d'ambiance sonore et du paramétrage des casques devra être sollicité et pris en compte.

Les thérapies cognitivo-comportementales ou sonores peuvent être conseillées et relayées par des professionnels de santé. Nous n'en avons pas l'expérience.

La prise en charge précoce au plus près de l'événement semble aussi un élément important.

Je me permettrai enfin de souligner que face à une situation de crise comme celle que nous avons vécue avec un caractère quasi épidémique des chocs, l'indépendance technique du médecin du travail (23) art 4127-5CSP également salarié de l'entreprise peut-être chahutée. Il faut savoir rester professionnel, garder son sang-froid et faire les choses qui semblent justes au vu des moyens et des données dont on dispose. Le

médecin du travail est bien conscient des enjeux pour l'entreprise il doit jouer pleinement son rôle de conseiller de l'employeur et des travailleurs.

D'autres mesures sont également aussi importantes que l'approche acoustique en participant à réduire le risque psychosocial. Elles sont plus organisationnelles et de la volonté de l'entreprise, je les aborderai en conclusion.

CONCLUSION

Au terme de ce travail reste à répondre aux questions qu'il pose.

Les centres d'appels téléphoniques représentent-ils un risque pour l'audition des salariés qui y travaillent ?

Incontestablement nous pouvons répondre par l'affirmative, bien sûr au titre du choc acoustique qu'ils peuvent engendrer mais aussi par l'essence même de la tâche. (Travail en ambiance bruyante et avec un casque binaural). Les chocs acoustiques, s'ils ne provoquent à terme que très peu d'atteinte de type surdité avérée, agissent comme un révélateur et un facteur aggravant de l'état de tension et de stress à laquelle sont soumis les téléconseillers. Aussi les employés choqués présentent-ils encore de façon plus ou moins intense, des symptômes fonctionnels (acouphènes, hyperacousie, intolérance au bruit) qui impactent leur vie quotidienne et professionnelle et ce même si certains ont repris leurs postes.

Une des pistes d'explication suggérée est que le travail en centre d'appel est typiquement pourvoyeur de RPS. Il concentre à lui seul les six grands facteurs de risques psychosociaux. Sans compter, pour boucler la boucle, que le bruit lui-même est un facteur de stress et que toute augmentation de 3 dB du niveau sonore entraîne une augmentation de 10 % de la fréquence cardiaque. (Professeur SMOLIK)

Quelles sont les pistes d'amélioration ?

Supprimer les centres de contacts et remplacer ce mode de communication par d'autres, courriels, développement de sites fiables « tchat », apportant des réponses, forum, espaces dédiés... serait la solution idéale et radicale.

Dans l'attente de cette évolution, nous ne pourrions que proposer des solutions palliatives. Puisque l'origine des chocs reste le plus souvent mystérieuse, il faudra s'attacher à parfaire le plus possible l'isolation acoustique des centres d'appel afin de pouvoir réduire au minimum le volume sonore des casques, en les paramétrant au plus faible niveau éliminant ainsi la possibilité de choc.

Sur le versant psychologique et stress au travail, c'est toute l'organisation qui serait à repenser :

-Revoir l'ergonomie des postes de travail.

-Réduire l'encombrement des bureaux, proposer un accès aux bases de données législatives numérisées, fiables et autoriser l'appel si besoin au back office en cas de question plus pointue, viendraient assouplir grandement la tâche des téléconseillers.

-Favoriser les échanges professionnels entre téléconseillers pour partager les expériences et développer les compétences, favoriser l'écoute mutuelle, sont certainement des facteurs positifs gagnants/gagnants.

-Autoriser une pause et discussion après un appel éprouvant renforcerait la notion de soutien.

-Réduire le temps horaire d'exposition avec une organisation différente par exemple mi-temps sur le centre de contacts et mi-temps sur un autre service, permettrait un repos auditif et une récupération au technicien.

-La formation est aussi un axe capital, est-elle optimale actuellement ?

-Décloisonner les services et donner des perspectives d'évolution aux téléconseillers de cette plateforme, qui pourrait être considérée comme un poste tremplin vers d'autres domaines.

Ceci n'est qu'un avis médical qui pourrait sembler à d'autres regards bien éloigné des objectifs et du projet d'entreprise. Toutefois il est à conforter et valoriser pour parvenir à concilier les deux points de vue et rétablir des conditions de travail plus sereines au CDC, dans l'intérêt tant des agents que de l'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

Références classées par ordre d'entrée dans le document.

1. TROMPETTE (N.) Novembre 2014,
Genèse du choc acoustique : point de vue de l'ingénieur.
Laboratoire Réduction du Bruit au Travail, INRS.
33 congrès national santé travail LILLE 2014
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.
Edition MASSON, Novembre 2014. Vol 75 p 524.
2. Convention d'Objectifs et de Gestion 2011 2015
Annexe 2 du PLFSS 2012 p 84-85.
http://www.securite-sociale.fr/La-Convention-d-objectifs-et-de-gestion-entre-l-Etat-et-la-Mutualite-sociale-agricole-COG?id_mot=&type=pro
3. OMS, Arck et al. ,2001
Définition OMS du Stress
4. Code du Travail
Partie réglementaire
Quatrième partie : Santé et sécurité au travail
Livre 1er : Dispositions générales
Titre II : Principes généraux de prévention
Chapitre 1er : Obligations de l'employeur
Section 1 : Document unique d'évaluation des risques
Article R4121-1 à 4
5. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
6. Professeur (H J.) SMOLIK
Faculté de médecine. Institut de médecine du travail et d'ergonomie. 21079 DIJON

7. BERANEK (L-L ;) Aout 1989,

Balanced noise-criterion (NCB) curves
J. Acoust. Soc. Am. 86, p 650 (1989);

8. WISNER (A.) 1970,

Manuel Bruits et Vibrations.
Chapitre II : éléments de physiologie et de pathologie des bruits
Editions INRS N° 254B, 1970

9. Norme NF EN ISO 11904-2 Juin 2015

Acoustique-Détermination de l'exposition sonore due à des sources sonores placées
à proximité de l'oreille _ Partie 2 : technique utilisant un mannequin.
Paris, AFNOR, juin 2005 : 16 p (S31-066-2)

10. Code du travail

Partie législative
Quatrième partie : Santé sécurité au travail
Livre 1er : Dispositions générales
Titre III : Droit d'alerte et de retrait
Art L4131-1

11. Code du Travail

Partie réglementaire
Quatrième partie : Santé et sécurité au travail
Livre 1er : Dispositions générales
Titre II : Principes généraux de prévention
Chapitre 1er : Obligations de l'employeur
Section 1 : Document unique d'évaluation des risques
Article R4121-1

12. Code du Travail

Partie réglementaire
Quatrième partie : Santé et sécurité au travail
Livre 1er : Dispositions générales
Titre II : Principes généraux de prévention
Chapitre 1er : Obligations de l'employeur
Section 1 : Document unique d'évaluation des risques
Article R4121-2

13. ESTEVE-FRAYSSSE (MJ.), MOLINIER (CE.) Novembre 2014,
Chocs acoustiques dans les centres d'appels téléphoniques.
33 congrès national santé travail LILLE 2014
Archives des maladies professionnelles et de l'environnement.
Edition ELSEVIER MASSON, Novembre 2014. Vol 75 p 521.
14. Australian Industrie Guideline ACIF G 616, 2013
Acoustic safety for telephone equipment.
15. Dossier spécial Centres d'Appels. Septembre 2009
Le magazine de l'environnement sonore Echo Bruit ; sept 2009,N°126
16. INRS QR 71 Travail au casque d'écoute en centres d'appels téléphoniques.
Décembre 2012

Quels sont les risques pour l'audition de ces salariés.
Références en santé au travail.
17. BONNAFOUX (S.), EL GAMMAL (P.), ROUX (S.) Mai 2005
Le travail dans les centres d'appels.
Synthèse documentaire.
Institut National de techniques de la documentation. 25 mai 2005
18. WESCOTT (M.) 2006
Acoustic shock injury.
Acta Oto-Laryngologica, 2006 ;126 54-8
19. RAMIREZ (LM.), BALLESTEROS (LE.), SANDOVAL (GP.). 2007
Tensor tympani muscle : stange chewing muscle.
Med Oral Patol Cir Bucal 2007 ; 12 : E 96-100
20. VINOTH (RS.), VEERANNA (N.) mars 2010
Evaluation of acoustic shock induced early hearing loss with audiometer and distortion product otoacoustic emissions
21. SUMER 2002 : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels.
Enquête réalisée par la Dares (Direction de l'Animation de la Recherche et des Statistiques) la Direction générale du travail (DGT)-Inspection médicale du travail.

22. Rapport coordonné par Michel GOLLAC, Directeur du Laboratoire de Sociologie quantitative du CREST (Centre de recherche en économie et en statistique), mai 2011
Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser
Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

23 Code de la santé publique

Partie réglementaire

Quatrième partie : Profession de santé

Livre 1er : Professions médicales

Titre II : Organisation des professions médicales

Chapitre VII : Déontologie

Section 1 : Code de déontologie

Sous section 1 : Devoir des médecins

ANNEXES

Annexe 1 Etude METROERGO

Annexe 2 Valeurs seuils selon décret N° 2006- 892 du 19 Juillet 2006

Annexe 3 Test de la protection numérique du casque téléphonique PLANTRONICS W720 par Julien MARCHAND

CONCLUSION GENERALE

Outil	Indicateurs	Réglementation			Norme
		VLE	VA ₁	VA ₂	LAeq < 55 dB(A)
Sonomètre	LAeq < 59 dB(A) Valeur maximale mesurée	C* <small>*Par extension LAeq/Lex,d</small>	C	C	NC
Dosimètre	Lex,d = 69,64 dB(A) LAeq : [62,3-73,5] dB(A)	C	C	C	NC
Analyse fréquentielle	Fréquence prépondérante [16-63 Hz] [250-500 Hz]	Pas de danger pour l'oreille			
Perturbation de la communication (SIL)	/	Communication à un mètre : Voix haute			

C : Conforme

NC : Non conforme

Tableau 3 : Tableau récapitulatif

Les mesures de bruit effectuées dans le centre d'appel ... montrent une ambiance sonore bien en dessous des valeurs réglementaires fixées par le Code du Travail. Cependant, les agents réalisent un travail exigeant de la concentration. Comme évoqué précédemment, la norme NF X 35-102 (1998) préconise un niveau sonore ($L_{A,eq}$) < 55 dB(A) pour un travail de concentration (conception ergonomique des espaces de travail en bureaux).

Les mesures effectuées ne montrent aucun danger pour l'appareil auditif des salariés. Par ailleurs, il serait intéressant de pouvoir évaluer le niveau de bruit reçu par les télé-conseillers via le casque.

Concernant les conditions acoustiques du local, des aménagements peuvent être mis en place afin de réduire le niveau de bruit ambiant. Ces aménagements sont proposés dans la partie suivante "Propositions d'amélioration".

ANNEXE 2 Valeurs seuils selon décret N° 2006- 892 du 19 Juillet 2006

Décret N° 2006-892 du 19 juillet 2006		
Valeur d'exposition inférieure déclenchant l'action	$L_{ex,8h}$ (niveau d'exposition quotidienne) = 80 dB(A) ou L_{pc} (pression de crête) = 135dB(C)	Les valeurs d'exposition déclenchant l'action ne prennent pas en compte l'effet de l'utilisation des protecteurs auditifs
Valeur d'exposition supérieure déclenchant l'action	$L_{ex,8h}$ = 85 dB(A) ou L_{pc} = 137dB(C)	
Valeur limite d'exposition	$L_{ex,8h}$ = 87 dB(A) ou L_{pc} = 140 dB(C)	<i>Pour l'application des valeurs limites d'exposition, la détermination de l'exposition effective du travailleur au bruit tient compte de l'atténuation assurée par les protecteurs auditifs portés par le travailleur</i>
Employeur et salariés L'évaluation du risque est régulièrement mise à jour lorsque une modification des installations ou des modes de travail est susceptible d'entraîner une élévation des niveaux de bruit ou lorsque les résultats de la surveillance de la fonction auditive en démontrent la nécessité		Les lieux de travail
Aucune obligation réglementaire	$L_{ex,8h} < 80 \text{ dB(A)}$ ou $L_{pc} < 135\text{dB(C)}$	Aucune obligation réglementaire l'employeur doit mettre les signalisations appropriées dans les zones bruyantes l'employeur doit limiter l'accès dans ces zones
<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition de protecteurs auditifs individuels - examen audiométrique préventif. - Information et formation des travailleurs exposés 	$L_{ex,8h} = 80 \text{ dB(A)}$ $L_{pc} = 135\text{dB(C)}$	
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre d'un programme technique et/ou organisationnel visant à réduire l'exposition au bruit - les travailleurs utilisent des protecteurs auditifs individuels - l'employeur veille à ce que les protecteurs auditifs soient effectivement utilisés - Le travailleur doit bénéficier d'un examen audiométrique 	$L_{ex,8h} = 85 \text{ dB(A)}$ $L_{pc} = 137\text{dB(C)}$	
<ul style="list-style-type: none"> - l'employeur prend immédiatement des mesures pour réduire l'exposition à un niveau inférieur aux limites d'exposition - l'employeur détermine les causes de l'exposition excessive - l'employeur adapte les mesures de protection et de prévention en vue d'éviter toute récurrence. 	$L_{ex,8h} = 87 \text{ dB(A)}$ ou $L_{pc} = 140 \text{ dB(C)}$	

Test de la protection numérique du casque téléphonique Plantronics W720

Julien MARCHAND

Confidentiel

Résumé

Ce rapport présente les résultats de mesures réalisées sur un casque téléphonique Plantronics W720 doté d'une protection numérique en fonction de plusieurs signaux d'entrée pour les trois modes de réglage « 80 dB », « 85 dB » et le mode réglé par défaut. L'objectif était d'évaluer l'efficacité des modes « 80 dB » et « 85 dB » et de les comparer au mode par défaut. Les essais réalisés ont permis de déterminer que les deux modes « 80 dB », « 85 dB » limitent le niveau, au démarrage, à 92 dB(A) à la fois pour les signaux de parole et pour les signaux mono-fréquentiels. Puis le gain en sortie diminue différemment en fonction du mode sélectionné et de la dose de bruit reçue en entrée. Le mode « 80 dB » permet une diminution plus rapide et à un niveau acoustique final moins élevé que le mode « 85 dB ». Si le protecteur ne détecte pas de signal en entrée, donc si la dose de bruit reçue diminue, le gain de sortie réaugmente progressivement jusqu'à revenir à celui de démarrage. Les deux modes sont efficaces et permettent effectivement de limiter l'exposition quotidienne au bruit des opérateurs en dessous des limites correspondantes. En revanche il n'a pas été possible de générer de signaux suffisamment élevés pour constater une limitation lorsque le mode par défaut est sélectionné.

Les mesures réalisées à partir d'enregistrements de conversations au cours desquelles un choc acoustique est survenu ont permis de vérifier que les modes « 80 dB » et « 85 dB » permettent aussi de filtrer les chocs acoustiques et on ne constate pas de différence entre les deux modes. En revanche, le réglage par défaut ne les filtre pas.

Enfin, les casques W720 sont réglés en sortie d'usine sur le mode par défaut, donc sans limitation. Il convient donc d'informer les utilisateurs sur l'existence des réglages « 80 dB » et « 85 dB » et de les inciter à utiliser le mode « 80 dB ».

Document en lien avec (références internes à l'INRS) :

Assistance n°201600511

RESUME

Avec le développement des centres d'appels téléphoniques, est née une nouvelle pathologie : le choc acoustique, qui risque d'impacter le système auditif des téléconseillers.

La recherche de l'étiologie technique de ce phénomène est très souvent mise en défaut, tant la chaîne de communication peut devenir complexe. La seule solution pour s'en prémunir reste le paramétrage des casques au niveau le plus bas, dans la mesure où l'ambiance sonore des plates-formes de service le permet.

Notre étude vécue retrace une série de douze cas de chocs acoustiques survenus dans une caisse régionale de MSA. Elle tend à confirmer que les chocs acoustiques peuvent avoir un impact sur l'audition des salariés. Mais l'évolution vers des entités comme le syndrome du choc acoustique avec chronicisation des symptômes est favorisée par le climat de risque psychosocial propre à cette activité.

Le second aspect pratique consiste à proposer une conduite à tenir au médecin du travail de ces salariés. Puis des propositions organisationnelles et de réaménagement en profondeur de l'activité seront envisagées, dans le but de diminuer l'impact du risque psychosocial très prégnant dans ce type de service et ainsi aboutir à une activité plus sereine.

Mots clés

Accident du travail, Bruit, Conditions de travail, Législation réglementation, Reclassement, Risque psychosocial

ABSTRACT

With the expansion of call centers, a new pathology has appeared : the acoustic shock which may impact the auditory system of call center advisors.

The research on technical etiology of this phenomenon is very often failing, as the communication chain can become complex. The only way to protect the workers is to set the parameters of the headsets to the lowest level, to the extent permitted by the acoustic environment of service platforms.

Our study traces a series of twelve cases of acoustic shock which occurred in a regional office of MSA. It tends to confirm that acoustic shock may have an impact on employees' hearing. But the evolution towards the syndrome such as acoustic shock syndrome with the chronification of symptoms is favored by the risk of psychosocial climate in this activity.

The second practical aspect, is to provide the occupational physician of these employees a series of actions. Then organizational and redevelopment proposals for the activity will be considered, in order to reduce the impact of the very important psychosocial risk in this type of service and thus lead to a calmer activity.

Key words

Work accident, Noise, Work conditions, Legislation regulation, reclassification, Psychosocial risk.