

Regards croisés sur les collaborations internes et externes des professionnels de santé et perspectives d'évolution

Journée nationale de l'AFISST. Paris, 27 mai 2016*

EN RÉSUMÉ

Les évolutions réglementaires et culturelles de la santé au travail sont une opportunité de donner du sens aux métiers de la prévention des risques professionnels mais aussi de renforcer l'efficacité des services par le biais de la recherche et la pérennisation de collaborations internes et externes innovantes et visibles.

AUTEURS :

A. Robieux ¹, S. Mesonier ², C. Gouvenelle ³,

1 : interne en santé au travail, département Études et assistance médicales, INRS

2 : Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de services interentreprises de santé au travail

3 : Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand et Association interentreprises de prévention et de santé au travail du département du Cher (AIPST 18)

MOTS CLÉS

IPRP /
Pluridisciplinarité /
Santé au travail

L'AFISST promeut et favorise le développement des activités et la réflexion des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) des services interentreprises de santé au travail (SIST). La journée nationale 2016 a été l'occasion de croiser les regards sur les collaborations internes et externes des IPRP. Des chercheurs (sociologie, anthropologie, ergonomie) et des intervenants internes (technicien hygiène sécurité (THS), ergonome...) et externes (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)...) ont pu évoquer leur vision sur la construction de ces collaborations et leurs perspectives d'évolution.

** Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de services interentreprises de santé au travail*

REGARD D'UNE SOCIOLOGUE

B. Barlet, sociologue

Dans sa thèse « *La pluridisciplinarité en santé au travail* », la sociologue pose deux postulats. D'une part, faire travailler des professionnels de santé d'horizons différents sur des « *territoires professionnels communs* » impose une mise en concurrence. D'autre part, la « *pluridisciplinarité* » met à l'épreuve les conceptions qu'ont les médecins de leur propre activité.

Les réformes de 2002 (Loi de modernisation sociale) puis celle de 2011 (réforme des services de santé au travail) inscrivent la pluridisciplinarité dans les services et transforment la « *médecine du travail* » en « *santé au travail* ». Les médecins du travail expérimentent les

Regards croisés sur les collaborations internes et externes des professionnels de santé et perspectives d'évolution

compétences de leurs nouveaux collègues, qui peuvent partager des conceptions différentes de l'évaluation des risques (controverses sur les risques psychosociaux – RPS...) et des modes d'exercice des différents métiers (par exemple, rôle des entretiens individuels). Dans ce contexte, les médecins peuvent se positionner selon cinq « *idiotypes* », non exclusifs et éventuellement changeants, qui se manifestent, à un moment donné, par des comportements ou des discours polarisés. Les traits de ces *idiotypes* sont volontairement caricaturaux. Ils ne sont que conceptuels, visant à enrichir la réflexion.

LE POSITIONNEMENT NEUTRE

Ce médecin considère son rôle comme l'exercice de la médecine en milieu de travail. Il valorise les aspects médicaux de l'activité, les situations de colloque singulier, à visée diagnostique et plébiscite le conseil médical expert à l'employeur. Cette position est principalement portée par certains médecins du travail ayant une formation initiale ou une expérience préalable très cliniques et certains enseignants de médecine du travail. Cet *idiotype* voit la pluridisciplinarité avec attrait, car l'arrivée de ces nouveaux collègues permet de recentrer la pratique sur les aspects « *vraiment médicaux* », les tâches plus techniques (examens complémentaires...) étant déléguées aux infirmiers. Néanmoins, ils souhaitent maintenir le monopole des consultations individuelles.

LE POSITIONNEMENT PROGRAMMATIQUE

Ce médecin gère la santé au travail comme une politique de santé publique. Il favorise le mode projet (plans et programmes, priorisation selon des indicateurs, évaluation

des résultats) et les enquêtes épidémiologiques. Cette position est principalement portée par certains enseignants de médecine du travail et les institutions régionales : CARSAT et Direction régionale de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DI-RECCTE). Considérant l'approche individuelle comme « *désuète* », cet *idiotype* se réjouit de ce tournant vers l'approche pluridisciplinaire, qui assure la survie de la médecine du travail. D'autre part, la collaboration entre les groupes favorise la traçabilité et la visibilité de leur activité.

LE POSITIONNEMENT ENGAGÉ

Cet *idiotype* vise avant tout à protéger les salariés des atteintes à leur santé dues à leur travail. Il cherche l'amélioration des conditions de travail des salariés en négociant avec les employeurs. Il privilégie le colloque singulier et les approches « *action collective* » et « *alerte employeur* » qui s'en dégagent. Porté par certains médecins du travail et infirmiers, il apprécie la mise à disposition de nouvelles ressources pour cette tâche, mais perçoit les menaces d'une perte d'autonomie professionnelle (l'équipe pluridisciplinaire, moins bien protégée juridiquement que le médecin du travail pourrait être instrumentalisée) et d'une gestion « *marchande* » de la santé au travail (délégation à des professionnels moins chers visant à augmenter le nombre d'adhérents).

LE POSITIONNEMENT « PRESTATAIRE DE SERVICE »

Cet *idiotype* fournit des prestations aux employeurs pour les aider dans la gestion de leurs risques professionnels. Il cherche à satisfaire l'adhérent en lui proposant un éventail large de prestations. Il favorise les

interventions « *pluri* » et l'accueil par les assistant(e)s de service de santé au travail (AST). Cette vision est principalement portée par les IPRP et les directeurs de service. La pluridisciplinarité apparaît alors comme un atout qui enrichit la gamme de prestations offerte aux services et favorise leur commercialisation en abaissant la quotité de prestation attribuée aux médecins.

LE POSITIONNEMENT DÉPASSÉ

Cet *idiotype* cherche un mode d'exercice compatible avec un faible investissement dans le travail. Il « *jongle* » avec les contraintes (juridiques, démographiques, injonctions patronales...) en limitant les dommages pour lui, l'entreprise et le salarié. Il favorise le colloque singulier, en particulier les consultations d'aptitude. Cette position est principalement portée par certains médecins du travail qui font bon accueil aux IPRP parce que ceux-ci pallient certaines lacunes techniques et allègent la charge de travail, mais sont mal à l'aise avec la nécessité de transparence que cette collaboration implique (transmission de dossiers, objectivant un suivi parfois léger).

REGARD D'UN ANTHROPOLOGUE

C. Gouvenelle, anthropologue, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand et Association interentreprises de prévention et de santé au travail du département du Cher (AIPST 18)

L'anthropologue en situation de participation observante précise que les résultats de son travail « *La conception d'actions de prévention en santé au travail et les effets sur les dynamiques collectives au sein*

d'un SIST » s'appliquent au SIST étudié et ne sont pas nécessairement extrapolables à d'autres services. L'objectif est de comprendre l'influence que peuvent avoir les interactions institutionnelles, sociales ou cognitives entre les différents groupes professionnels, en regardant en particulier leur rôle dans la construction de la pluridisciplinarité et les dynamiques des interactions qui en émergent.

Les IPRP sont une entité de fonction et non de métier. Ils partagent une activité collective en mode projet, qui nécessite une « répartition des tâches et des échanges de savoirs et de savoir-faire, selon un référentiel normatif collectivement admis ». Élaborer préalablement ces règles sociales est indispensable. Dans les SIST, où ces déterminants ne sont pas systématiquement présents, les individus interagissent au sein de **collectifs hétérogènes temporaires**. Le **genre social professionnel**, lui-même défini par une culture, un vocable et des attributs socio-professionnels communs, norme les comportements. Le déterminisme majeur lié au groupe métier (par exemple, groupe médecin ou groupe ergonome) est décliné par un **style** individuel, construit par la sensibilité de l'acteur à différentes valeurs, ses expériences et ses émotions. Enfin, chaque interaction intermétier est, par construction, asymétrique. Au sein des services, les genres professionnels « médecin » et « ergonome » sont matures, tandis que les normes d'autres groupes métiers, comme les infirmiers du travail, les AST, les THS, les ingénieurs hygiène sécurité environnement (HSE) sont en cours de construction (réflexion autour de normes parfois ambivalentes, positionnement). Les évolutions réglementaires (nouvelles prérogatives des infirmiers, exten-

sion du champ professionnel des AST...) façonnent ce formatage.

Lors de l'analyse du matériau de ces premières observations au sein des groupes hétérogènes temporaires comme au sein du groupe « médecin », il est constaté que le genre social professionnel est prégnant et qu'il va être transversal. Ce genre de métier peut déterminer les comportements et les modes d'interaction avec les autres acteurs mais aussi, à l'inverse, déterminer le comportement d'autrui envers le médecin, du fait des asymétries sociales et institutionnelles ancrées dans la société et au sein de l'organisation des SIST.

C'est par le style individuel que des nuances vont être apportées au genre social professionnel. Le style est la réélaboration du genre, en situation, par les acteurs. Ainsi, il va favoriser les interactions, la co-construction avec l'ensemble de l'équipe ou mettre à l'aise les autres acteurs pour que ceux-ci soient dans les meilleures conditions cognitives et gagnent en efficacité.

Une piste de réflexion et de développement de la recherche est le rapport au « sensible » en tant que norme propre. Il détermine le comportement des acteurs vis-à-vis des autres membres du groupe, norme socialement les comportements, représente le « *répondant générique du métier* » comme le définit Y. Clot. Les débats intermétiers sont un moment où les acteurs ont à gérer un ensemble de contradictions vis-à-vis du milieu professionnel, du genre social professionnel et d'autrui. Cependant, si les groupes portent en eux l'essence même de la possibilité de l'échange intermétier, ils ont aujourd'hui une limite forte, même s'il semble apporter une dynamique à l'activité. Au-delà de la simple construction d'outils communs, pour que des débats intermétier sur les pratiques profession-

nelles se réalisent pleinement, il est nécessaire que des pratiques collectives soient finalisées par les genres sociaux de métier. Or, aujourd'hui, si les genres « médecins » et « ergonomes » ont défini des normes de métier collectivement, ce n'est pas le cas des autres genres professionnels. Et encore, pour les genres établis, l'instabilité sociale et cognitive des situations actuelles fait sentir aux acteurs que l'on est dans une période de redéfinition, de recalage du genre, un lien entre deux périodes. Il est indispensable que les genres sociaux de métier soient construits, et par là-même, qu'ils soient les révélateurs des identités professionnelles. Sinon, les débats intermétiers prennent le risque de n'être porteurs que du vécu personnel des acteurs et de leur rapport à des pratiques personnelles, non normées par un retour collectif aux pairs.

Il est indispensable pour que la pluridisciplinarité prenne sens, mais aussi pour dynamiser l'activité, que les genres professionnels finalisent cette construction commune des pratiques de métier.

REGARD D'UNE CHERCHEUSE EN ERGONOMIE

S. Caroly, laboratoire PACTE (politique, action publique, territoire), Université de Grenoble

« Comment le travail collectif pluridisciplinaire modifie-t-il les perceptions réciproques ? ». La collaboration nécessite une construction préalable d'un **référentiel opératif commun** basé sur quatre objectifs : connaître ses limites de compétences et son positionnement ; connaître et reconnaître ses collègues (territoire, fonctionnement, compétences), ce qui est rendu possible par l'action-terrain ; élaborer

Regards croisés sur les collaborations internes et externes des professionnels de santé et perspectives d'évolution

des **objets intermédiaires** (procédures, catégorisation/hiéarchisation des demandes) ; et partager des règles de métier.

Les objets intermédiaires doivent circuler entre les espaces (réunions, notes de service...) et les métiers, pour devenir d'autant plus opérationnels. Ces objets interagissent en matrice, pour une complémentarité des logiques (par exemple celle des alertes avec la prévention, ou celle des préventions primaire et secondaire). Une **matrice action/métier** bien définie évite la sensation de « *dépossession* » d'une mission, puisque chacun agit à son niveau. Par exemple, définir qui rend le rapport d'une action en milieu de travail (AMT) (le médecin ? l'ergonome ?) permet d'approfondir les fonctions de chacun, afin d'asseoir le rôle de chaque collaborateur. De même, les journées de service (séminaire, *team-building*...) favorisent le débat sur la qualité du travail, les valeurs, les freins au travail pluridisciplinaire. Ce référentiel opératif commun permet la coaction et l'**interdisciplinarité** qui implique l'intrication matricielle des métiers et la construction commune de solutions, à la différence de la pluridisciplinarité. Le collègue d'une équipe pluridisciplinaire devient **partenaire** au sein d'une équipe interdisciplinaire.

Les IPRP partagent une fonction, mais leurs domaines de compétence et d'activité diffèrent :

- **l'ergonome** s'intéresse aux conditions de travail, à l'accompagnement du changement, aux risques organisationnels et au maintien dans l'emploi ;
- **le psychologue du travail** est expert de la relation entre le travail et le subjectif, des risques organisationnels mais il peut aussi agir sur le champ de l'ergonomie ou de la psychosociologie ;
- **l'ingénieur chimiste** organise

l'information et le conseil en toxicologie, l'hygiène industrielle, effectuée de la métrologie d'ambiance chimique ;

- **l'ingénieur HSE** s'occupe de l'évaluation des risques, de la sécurité, de l'hygiène industrielle, effectuée de la métrologie d'ambiance ;

- **les préventeurs techniques** interviennent dans la gestion des risques, l'intégration de ceux-ci dans les logiques de l'entreprise (production, qualité...).

Ainsi leurs territoires d'action se recoupent selon leur métier. L'IPRP est d'autant plus indépendant du médecin du travail qu'il est autonome et expert technique dans son intervention. Pour illustrer cela, une étude ergonomique s'est intéressée à un couple IPRP/médecin du travail lors d'une première visite commune d'entreprise, en vue de la formalisation d'une fiche d'entreprise (FE). Sans concertation préalable réelle, le médecin introduit simplement l'IPRP puis s'efface pour lui laisser tenir son rôle technique. Ils se déplacent ensemble dans les locaux avec le responsable. L'AMT est suivie de **l'auto-confrontation simple** de chacun des 2 acteurs : l'ergonome questionne l'IPRP sur son ressenti. Celui-ci s'interroge sur l'utilité de la présence du médecin, en particulier dans un contexte de ressource médicale contrainte. Il se plaint également du manque de retours et d'échanges avec son partenaire médecin. Le médecin, lui, apprécie la visite d'entreprise en binôme, la « *diversion* » par l'IPRP permettant l'observation brute des conditions de travail (produit, mobilier, relation entre les salariés). Ensuite, **l'auto-confrontation collective** enrichit la vision de chacun sur son partenaire : finalement, cette action commune a permis de partager un diagnostic de risques, afin d'orienter les actions futures.

REGARD D'UNE INTERNE EN MÉDECINE DU TRAVAIL

C. Baschet, Association nationale des internes en médecine du travail (ANIMT)

« *Comment l'équipe pluridisciplinaire et le métier sont-ils présentés pendant la formation des médecins du travail et quelles perspectives ?* »

Les évolutions réglementaires et culturelles ont amené le médecin du travail à déplacer son positionnement de « *homme-orchestre* » à « *chef d'orchestre* », pour mieux exercer ses missions. Ce qui complique l'enseignement de la spécialité, *a fortiori*, dans un contexte dégradé : démographie médicale sinistrée (40 % des postes d'internes en santé au travail ne sont pas pourvus en France) et peu attractive (certaines solutions comme l'augmentation du *numerus clausus* sont inopérantes), évolutions rapides des réformes réglementaires, nombreuses résistances portées par le *lobbying* de chaque groupe professionnel (médecins, IPRP, directeurs de services, syndicats...) et par la place des identités professionnelles dans les organisations (frein au changement).

Selon les enseignants de médecine du travail, la période actuelle est une « *formidable source d'opportunités* » pour les futurs médecins du travail qui pourront « *évoluer dans un environnement riche (pluridisciplinaire)* » et bénéficier d'« *évolutions de poste (animation de groupe projet, management)* », et d'un « *marché du travail favorable* ». Les médecins du travail sont parfois plus pessimistes, évoquant la « *mort annoncée* » de la spécialité.

Le cadre réglementaire qui régit les missions des médecins du travail (article R.4123-1 du Code du travail) ne répond pas à leur crise identitaire, dans un contexte de formalité impossible. Les méde-

cins et internes sont en quête du sens de leur métier. La mise en pratique reste également en attente des évolutions réglementaires prochaines¹, pour préciser leur rôle : s'agit-il d'animer l'équipe pluridisciplinaire ? De déléguer ou de transférer une responsabilité (polémique sur la responsabilité d'un manager fonctionnel et non hiérarchique) ? *Quid* de la coordination de l'activité des IPRP mutualisés à des secteurs ayant plusieurs médecins du travail ? *Quid* de l'indépendance des IPRP, dont les statuts sont moins protecteurs que ceux des médecins ? Ces imprécisions tendent à cristalliser des crispations qui peuvent enliser les services : rapports hiérarchiques, gouvernance, frontières des compétences, protocolisation... Les mutations du métier laissent supposer des perspectives riches : évaluation et partage des pratiques professionnelles (confiance et échange au sein de l'équipe), management... De nouveaux outils sont à inventer pour faire face à de nombreux défis : complexification et traçabilité des expositions, pérennité du dossier médical de santé au travail (DMST), judiciarisation, atteintes à la santé d'origine multifactorielle comme les troubles musculosquelettiques (TMS) ou les RPS...

Les initiatives locales et nationales, au sein d'associations comme l'ANIMT ou l'AFISST, font partie de ces outils, pour enseigner les compétences de demain (accompagner le changement, management et organisations du travail, communication, gestion de projets...), concevoir des cours mixtes pluridisciplinaires et débattre en congrès, en séminaires ou aux rencontres nationales pédagogiques.

La réforme du 3^e cycle des études médicales touche également la spécialité de santé au travail. La

1. Pour mémoire, le colloque s'est tenu avant la promulgation de la loi 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (NDLR).

maquette d'enseignements intégrera des compétences humaines (collaborer, manager, organiser, gérer les conflits) et transversales. Les internes se préoccupent de leur identité professionnelle et sont force de proposition pour construire ensemble les solutions qui permettent de sécuriser la mutation de la spécialité. Ils sont favorables à la résolution de problèmes multifactoriels par des réponses pluridisciplinaires.

CONTEXTE DE RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

M. Brun, directeur général, Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), Paris

La santé au travail est-elle un objet **juridique** (lois « Rebsamen » et « El Khomri », réformes...), **social** (Comité d'orientation des conditions de travail – COCT – partenaires sociaux) ou de **santé** ? La prescription d'examens complémentaires, sans réel support scientifique (comme par exemple, la surveillance semestrielle des travailleurs de nuit), par les négociations entre partenaires sociaux est-elle de l'exercice illégal de la médecine ? Mixer ces 3 enjeux nécessite beaucoup de dialogue. La mission historique de prévention en vue d'éviter des altérations de santé du fait du travail peut alors rejoindre son objet social et juridique.

Le processus engage l'État à différents niveaux. Les évolutions réglementaires cherchent à rationaliser les ressources en période contrainte sur la démographie afin de rejoindre la pratique réelle puisque les SIST se sont déjà adaptés en pratique en fonction de leurs moyens. Ce redéploiement des ressources peut donner du sens au projet de service, qui définit en

interne les interactions de chacun en fonction de son champ de compétences.

Les partenaires sociaux « *partagent le constat de l'insuffisance de la ressource médicale en médecine du travail pour satisfaire aux obligations actuelles, et formulent des propositions pour y faire face [...]. Au-delà des conditions de suivi médical des salariés, cela implique d'une part de mettre en place les conditions d'un meilleur fonctionnement collectif des équipes pluridisciplinaires et, d'autre part, de mener une réflexion de fond sur les formations initiales et continues des professionnels de santé au travail* » et estiment qu'il convient de « *proportionner ce suivi aux risques professionnels encourus* ». Les cultures évoluent donc depuis la réforme de 2011 qui envisageait seulement une adaptation du projet de service aux priorités locales (injonction réglementaire paradoxale par rapport aux visites systématiques).

Un memorandum se prépare sur l'attractivité du métier de médecin du travail, notamment en termes d'aménagement de la formation sur le territoire.

Dans ce contexte mouvant, l'identification des professionnels à leur mission est amenée à être réfléchie selon le besoin sociétal plutôt que par l'identité du genre professionnel. Chaque corporation doit dépasser son réflexe identitaire. À Toulouse, des formations communes aux acteurs de l'équipe sont proposées, apparaissant comme un levier du travail collaboratif. À Montpellier, la DIRECCTE expérimente une nouvelle répartition des ressources médicales entre les différents types de service (Service interentreprises, service autonome, Fonction publique).

Le troisième Plan santé au travail (PST 3) présente sa stratégie nationale en 5 axes dans lesquels les

Regards croisés sur les collaborations internes et externes des professionnels de santé et perspectives d'évolution

équipes pluridisciplinaires sont invitées à intervenir :

- la recherche, avec les enquêtes remontant les informations du terrain par les médecins du travail (SUMER par exemple) ;
- la culture de prévention et la promotion de la qualité de vie au travail, où il s'agit de faire du travail un déterminant de santé et de changer les représentations, sur les équipements de protection par exemple ;
- la veille et l'alerte consistant dans le repérage des situations de travail à risque et le suivi de l'état de santé des salariés ;
- les actions de prévention cherchent un transfert de compétences des organismes techniques (CARSAT, branches professionnelles) vers les entreprises, en accompagnant notamment les très petites entreprises (TPE) qui représentent 80 % du tissu des entreprises françaises (1 million et demi d'établissements et 15 millions de salariés). La prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi en font partie ;
- la prise en charge assurantielle des risques professionnels demeure le seul axe où l'équipe pluridisciplinaire n'intervient pas.

Le PST 3 propose également des actions transversales : l'adaptation du cadre juridique et des politiques de contrôle, le développement d'un système d'information cohérent (protection du secret professionnel et optimisation de la circulation de l'information, pour mieux structurer l'équipe autour de diagnostics territoriaux partagés), le pilotage en mode projet (PST/PRST/CPOM) avec l'évaluation, la mobilisation des ressources (dont la ressource médicale) et l'élaboration concertée.

Les services doivent se recentrer sur les missions réalistes et sur la possibilité de toucher tous les salariés. Lorsque la périodicité des vi-

sites doit être étendue^{1, p. 85}, et que la ressource semble manquer pour évaluer les situations de travail, certains services semblent réussir cette formalité lorsqu'ils se dotent d'assistantes en santé au travail (AST) en nombre. Cette démarche permet un dépistage des situations de travail à risque pour des actions de prévention plus ciblées et donc plus en adéquation avec la ressource.

Cette double lecture de la santé des travailleurs et des situations de travail aboutit à un diagnostic des foyers de risque notamment de désinsertion professionnelle, pour permettre une priorisation des actions en milieu de travail, et une traçabilité (langage harmonisé sous forme de *short-lists* ou de *thésaurus*, matrice emploi exposition, dossier médical informatisé). Il se poursuit par un retour à l'entreprise de compétences de prévention et par un rapport annuel mis à disposition des entreprises et de l'administration.

Enfin, les compétences des médecins et des IPRP doivent se stabiliser et s'harmoniser (formations initiales et continues) et des référentiels de bonnes pratiques au sein de l'équipe pluridisciplinaire doivent être établis.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS EN SIST

COLLABORATION INTERNE AST/IPRP

C. Pereira, AST, Association médecine du travail de l'Île-de-France (AMETIF) et M. Frère-Kerzerho, ingénieur HSE (AMETIF)

L'organisation de la collaboration AST-IPRP au sein de ce SIST a connu trois phases ces dernières années.

Période 2009-2013 : les AST occupent le rôle de secrétaire médicale.

L'AST, rattachée à un secteur, partage son temps entre missions de terrain (sonométrie/luxmétrie, sensibilisations en entreprise) et secrétariat médical (convocations, gestion des DMST). Les missions sont prescrites par le médecin du travail au coup par coup, puis l'AST est autonome pour la réalisation. Il n'y a pas de référentiel commun au sein du SIST : chaque secteur travaille en autarcie, les binômes AST/THS sont rares et se constituent au cas par cas.

Les avantages de cette organisation sont la perception d'une évolution professionnelle (côté terrain), et l'enrichissement et la personnalisation de la relation aux entreprises du secteur. Cependant, les AST se sentent démunies et isolées. La polyvalence implique un exercice superficiel, une surcharge de travail et des conflits avec certains médecins qui ne leur reconnaissent pas des compétences propres.

Période 2013-2015 : les AST intègrent le pôle prévention technique (PPT).

Le rattachement au PPT est accueilli avec soulagement : les AST ressentent une inclusion dans l'équipe (soutien du collectif). La collaboration avec les THS permet un travail plus organisé et une régulation des demandes d'intervention par le responsable du pôle. Concomitamment, les pratiques s'harmonisent et la formation des binômes est protocolisée (quand la ressource le permet).

À cette étape, les AST bénéficient d'une reconnaissance, d'une meilleure confiance dans leur travail, ainsi que d'une montée en compétences. Néanmoins, l'hétérogénéité des ressources selon les secteurs et l'absence d'échange de pratiques sont regrettées.

Dès 2016 : les AST et THS sont sectorisés et travaillent en binôme.

Suite à une restructuration, l'AST et le THS fonctionnent en binôme affecté à un secteur géographique et rattaché à son médecin responsable. L'AMT incombe au binôme. Une procédure régule les missions : les FE sont réalisées par l'AST dans les entreprises de moins de 20 salariés et par le THS au-delà. Les métrologies de repérage (1^{er} niveau) sont réalisées par l'AST, le 2^e niveau et les études de poste étant attribués au THS. Les sensibilisations en entreprise sont réparties.

Un collectif AST/THS se crée, avec un projet de groupe métier permettant l'échange de pratiques (8 réunions par an). Les AMT sont plus visibles au niveau local (secteur) et global (SIST). L'équipe reste soudée et l'entraide est maintenue. Cette nouvelle organisation ne bénéficie pas d'un recul suffisant pour apprécier les conséquences à moyen et long terme.

COOPÉRATIONS INTERSERVICES : conception et déploiement régional d'une solution ergonomique, au bénéfice d'une entreprise multisite de distribution de courrier

O. Lamarche, Association interprofessionnelle santé au travail (AIST 83) et J. Bérengier, Santé au travail Provence (ST Provence), ergonomes

Au sein du réseau régional « Présanse », les ergonomes mutualisent les pratiques et opérationnalisent une entraide entre pairs. L'exemple traité montre l'accompagnement ergonomique de maintien en emploi coordonné avec l'entreprise multisite (distribution de courrier et de publicités), opéré par ce réseau. Le projet a lieu en deux phases : une intervention ergonomique locale, puis une coopération interservices.

La mission Handicap de l'entreprise sollicite un SIST pour permettre le maintien en emploi et la prévention des TMS chez des distributeurs reconnus travailleurs handicapés (RQTH). Ces distributeurs présentent un état physique dégradé, une proportion importante de cumuls emploi-retraite, et ne sont pas formés aux gestes et postures. L'entreprise étant multisite, les ergonomes sollicités dépendent de départements différents et de SIST différents ; s'en suit la proposition d'un accompagnement par le réseau sur les différents sites. Les ergonomes conçoivent une phase de diagnostic (observations de terrain et entretiens), suivie d'une restitution. Il en ressort deux problématiques : le chariot et la préquantification du temps de travail (temps prescrit inférieur au temps de travail réel). Un premier groupe de travail (GT) inclut trois membres de l'entreprise (le directeur des ressources humaines, le responsable de la Mission Handicap et l'ingénieur HSE), et trois ergonomes « Présanse ». Le GT élabore un cahier des charges du nouveau chariot, cherche un fabricant (d'abord français, et finalement chinois) et crée une grille d'évaluation commune. Il s'investit dans les phases d'essais des nouveaux chariots, sur plusieurs sites. L'évaluation auprès des travailleurs prend en compte les remontées du terrain (conception avec les travailleurs) ce qui permet les adaptations nécessaires. Le nouveau chariot peut être poussé (plutôt que tiré). Il est doté d'une poignée réglable en hauteur et de roulettes facilitatrices. Il est déployé à l'échelle nationale, d'abord aux distributeurs RQTH (démarche de maintien en emploi), puis à l'ensemble des distributeurs (démarche préventive).

Les freins au projet étaient nombreux. Au début, les distributeurs

RQTH étaient méfiants car ils resentaient un risque de stigmatisation. La coopération interservices *via* les médecins était délicate pour identifier la population cible et rassembler des médecins qui ne se connaissaient pas. La recherche des fournisseurs était fastidieuse. Certains SIST étaient réticents quant à la mise à disposition d'un ergonome pour réaliser les tests dont le déploiement sur l'ensemble des sites présentait des contraintes logistiques et géographiques.

Cependant le retour sur investissement demeure satisfaisant : solution déployée à l'échelon national (groupe de 23 000 salariés), pour un temps humain estimé à 4 ergonomes temps plein pendant 15 jours (répartis sur 3 services). Le réseau « Présanse » a permis de dépasser les frontières départementales et fonctionnelles. Enfin, cette action visible et concrète a contribué à l'amélioration de l'image de l'entreprise et du climat social.

COOPÉRATION MÉDECIN/ ERGONOME, EN PRÉVENTION DES RPS DANS UNE POLYCLINIQUE

G. Oyane, ergonome, J.P. Bouchez, médecin, Association santé au travail du Nord - Pas-de-Calais - Picardie (AST 62-59)

En mars 2015, le médecin demande une intervention RPS pour une structure hospitalière qui pâtit d'un lourd passif (changements stratégiques et organisationnels). Les actions précédentes (échelle d'évaluation du stress, questionnaires) sont un échec car le diagnostic est partagé mais les actions correctrices ne sont pas suivies par le CHSCT.

Dans un contexte socio-économique difficile (changement de directeur, emprunts toxiques), la polyclinique se restructure en pôle gériatrique, avec de lourdes

Regards croisés sur les collaborations internes et externes des professionnels de santé et perspectives d'évolution

conséquences humaines (travail intensifié, collectifs déstructurés, précarité, personnels en souffrance avérée). La direction souhaite mettre à disposition un n° vert RPS, ce que le médecin déconseille, préférant orienter les actions vers la prévention primaire. Il propose une intervention ergonomique.

Après avoir pris connaissance du contexte (historique, position des instances représentatives du personnel – IRP), l'ergonome relève les leviers de l'intervention : la direction est favorable (« carte blanche »), les demandeurs et les interlocuteurs permanents de la structure sont identifiés. Il rencontre les acteurs (DRH, IRP), leur présente son approche en précisant ses besoins et ses ressources en se basant sur les préconisations du rapport Gollac. Un comité de pilotage est créé en octobre 2015 (direction, responsable qualité, management de proximité, représentants CHSCT, médecin, ergonome). L'enjeu est dans la **transformation** des situations de travail, plus que le simple constat d'un climat dégradé.

Deux salariés référents par unité de travail dans la polyclinique sont formés pour mener des entretiens auprès des collègues. Ils sont accompagnés lors de GT par l'ergonome pour mieux identifier les situations problématiques, favoriser la verbalisation des équipes et proposer des actions correctrices. En avril 2016, la présentation de la synthèse des entretiens est l'occasion d'échanges qui permettent de définir un programme d'action. Du temps est dédié aux salariés pour les entretiens et le CHSCT est intégré à la démarche.

La démarche a consommé 5 jours et demi de temps ergonomique et 3 jours de temps métier (référents).

La synergie coopérative a pu se développer grâce au positionnement confiant du médecin sur la compétence ergonomique et à l'anticipation conjointe des freins à la démarche, pour définir l'éventuel réajustement du projet. L'organisation du SIST est facilitante via des espaces de discussion qui font reconnaître à chacun sa place singulière et favorisent la reconnaissance des compétences complémentaires de chaque acteur de l'équipe.

ACCOMPAGNEMENT EN PRÉVENTION : COLLABORATION ERGONOME/CARSAT

L. Da Conceicao, contrôleur de sécurité, CARSAT Hauts-de-France, N. Lachambre, ergonome, Association santé et médecine interentreprises du département de la Somme (ASMIS)

Dans la transition de la médecine du travail vers la santé au travail, chaque intervenant devait trouver sa position, mais aussi la place de sa discipline et la singularité des services par rapport aux autres organismes de prévention. L'organisation française est complexe avec de nombreuses institutions publiques, des organismes de prévention et les services de santé au travail. Tout cela avec 3 niveaux de pilotage (national, régional et local) et deux tutelles, les ministères chargés du Travail et de la Santé.

La CARSAT, en tant qu'assureur, vise à diminuer la sinistralité AT/MP des entreprises. Elle coordonne la prévention (article L. 215-1 du Code de la Sécurité sociale) et autonomise les entreprises dans leur démarche de prévention. Le SIST vient en appui pour conseiller l'employeur, les travailleurs et leurs représentants.

La CARSAT et l'ASMIS ont co-organisé un colloque sur les thématiques de santé au travail (toxicologie, addictologie, pénibilité, maintien en emploi...).

La Fédération des entreprises de propreté et services associés (FARE) et la CARSAT ont déployé l'offre de formation « *Animer un projet de prévention des TMS (APPTMS)* » dans la branche professionnelle du secteur propreté, après avoir ciblé les entreprises prioritaires. Des actions techniques (par exemple, mise en place de hayon), organisationnelle et humaines (formation aux métiers) ont été menées par le SIST, tandis que l'analyse accidentologique, les actions ciblées (intervention sur les entreprises extérieures) et la signature de contrat de prévention étaient accompagnées par la CARSAT.

L'action nationale TMS-PROS est un autre exemple d'accompagnement personnalisé de l'entreprise par la CARSAT (témoignage d'entreprises, formation des dirigeants...) et le SIST (études de poste).

Lors de ces actions, l'IPRP a pu échanger avec la CARSAT et les organismes de prévention, mais aussi avec les entreprises pour envisager leurs difficultés et délivrer un conseil plus précis. Le contrôleur CARSAT a pu comprendre l'historique et la dynamique de prévention dans l'entreprise, identifier les interlocuteurs locaux durables (SIST, ARACT, DIRECCTE, OPPBTP, réseau Consultants) et leur rôle, s'appuyer sur les dispositifs préventifs élaborés par la branche et maintenir la pérennité des actions engagées et la position des partenaires. Enfin, la montée en compétences permise auprès des acteurs de terrain favorise l'autonomisation de l'entreprise, ce qui est conforme à la mission institutionnelle de la CARSAT.

COLLABORATION ENTRE UN SIST ET UNE BRANCHE PROFESSIONNELLE

B. Boucicot, déléguée départementale du Vaucluse, Conseil national des professions de l'automobile (CNPA 84), M. Girard, toxicologue, AIST 84

Dès 2001, l'élaboration du Document unique relevait une perception inexacte des risques par les salariés. Pour amorcer cette prise de conscience, le CNPA voulait éduquer chefs d'entreprise et salariés aux risques professionnels, à l'utilité des équipements de protection collective et individuelle, et sur les moyens de les appliquer et de les financer. Cela a commencé par la sensibilisation et la formation des apprentis par le biais de fascicules (port d'une charge, risque chimique...). Mais la visibilité et la pédagogie du dispositif pouvaient être améliorées par une collaboration avec les organismes locaux (DIRECCTE, CARSAT, SIST).

Depuis 2006, des sessions interactives de sensibilisation sont menées auprès d'apprentis mécaniciens, carrossiers, peintres (BEP/CAP). Ils échangent sur les risques liés aux conditions de travail rencontrés pendant leur stage, ainsi que sur les équipements de protection.

Dans les Centres de formation d'apprentis (CFA), les maîtres d'apprentissage et les enseignants se sont progressivement appropriés ces enjeux. La diffusion de bonnes pratiques sur ces thèmes s'améliore (fiches de poste, affiches dans les ateliers) et le discours s'harmonise entre le CFA et le lieu de stage. Après une première entrevue en 2006 entre la déléguée départementale du CNPA et les médecins de l'AIST 84, certains sujets considérés comme tabous par le CNPA

(comme les effets carcinogènes de certains produits) ont été abordés avec les apprentis.

Sur la période 2007-2009, la CARSAT Sud-Est et la DIRECCTE du Vaucluse (84), en partenariat avec l'ARACT, la chambre des métiers, le SIST Vaucluse et le CNPA 84, ont mis en place des actions collectives de sensibilisation dans ces CFA : diaporamas et remise de plaquettes sur le bruit et les produits chimiques (en particulier CMR) par l'AIST, échange avec les enseignants... L'interaction à plusieurs voix (IPRP, CNPA, CARSAT) est bien accueillie par les jeunes et la prise de conscience par ce public est satisfaisante.

De 2013 à 2015, le risque chimique et la pénibilité dans les garages ont été inscrits au CPOM de l'AIST 84. Ce service diffuse une information auprès de 200 garages adhérents. À la demande du CNPA, la pénibilité est présentée à ces adhérents par un duo ergonome / toxicologue de l'AIST.

Dans cette coopération à double sens, le CNPA fait appel aux compétences techniques du SIST et les IPRP bénéficient du levier de communication permis par la branche. Une sensibilisation aux TMS et aux addictions faisant intervenir CNPA et CARSAT, et des partenariats avec d'autres branches professionnelles sont en projet (OPPBT et substitution du risque CMR, Fédération du Secteur sanitaire et social et TMS dans l'établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes – EHPAD). L'AIST propose également des modules de cours aux apprentis (hygiène de vie, manutention, RPS, addictions). Ces collaborations ont fait l'objet d'un guide de bonne pratique, disponible sur le site de l'ANACT.