

L'impact de la réforme sur les pratiques des préventeurs en services de prévention et de santé au travail

15^e journée de l'AFISST*
Paris, 28 novembre 2022

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

C. Bigaillon, F. Ly, Département Études et assistance médicales, INRS.

Cette journée nationale de l'AFISST sur le thème de l'impact de la réforme de la santé au travail d'août 2021 a permis de revenir sur la genèse de cette réforme et sur les changements qu'elle implique. Un focus a porté sur la fiche d'entreprise ainsi que sur la prévention de la désinsertion professionnelle en détaillant notamment le rôle des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des assistants techniques en santé au travail (AST). L'importance du dialogue social dans la mise en œuvre de cette réforme a également été exposée.

MOTS CLÉS

Santé au travail / Évaluation des risques / Maintien dans l'emploi / Surveillance médicale / Suivi médical / IPRP / Intervenant en prévention des risques professionnels / Pluridisciplinarité

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

LES ÉVOLUTIONS LIÉES À CETTE RÉFORME

P. Garabiol (*Secrétaire général du Comité d'Orientation des Conditions de Travail – COCT – Paris*) a rappelé que le COCT est un organisme paritaire qui fonctionne de façon consensuelle à partir des remontées de terrain des acteurs de la sécurité et santé au travail. La loi du 2 août 2021 découle de ces retours et engendre une rupture. En effet, bien que le rôle principal des services de prévention et de santé au travail (SPST) reste la santé au travail, l'article L. 4622-2 du Code du travail leur attribue des missions de santé publique. Ils vont donc devoir s'intéresser à l'activité sur le lieu de travail et hors de celui-ci, d'autant qu'il évolue avec l'apparition du télétravail. Le changement concerne, de plus, l'effort de formation de l'ensemble du personnel afin de garantir une qualité de service qui s'exprime à

travers l'offre socle et l'offre complémentaire. Il existe également une volonté d'expérimenter et de créer les conditions d'une prise en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) par le biais d'une cellule pluridisciplinaire. Le médecin du travail coordonne la qualité de l'offre du SPST mais peut déléguer de plus en plus. Ceci répond à la pénurie de médecins tout en étant un signe de reconnaissance de la qualité des personnes sur lesquelles s'appuie le médecin. Cette mue est un moyen de répondre aux besoins de l'ensemble des travailleurs puisque les travailleurs indépendants peuvent maintenant être intégrés dans le dispositif. Habituellement, les conditions d'émergence d'une réforme sont une série de remontées de terrain qui démontrent le besoin d'évolution et une volonté du gouvernement de la mettre en place. Cependant, un changement des cultures de travail suffisamment avancé est nécessaire

L'impact de la réforme sur les pratiques des préventeurs en services de prévention et de santé au travail

à son efficacité. À la question «*pourquoi ne pas être allé plus loin dans la réforme comme le préconisait le rapport Lecocq ?*», P. Garabiol répond que ce rapport avait pour défaut de vouloir imposer ses idées sans tenir compte de l'avis des acteurs. La concertation des différents intervenants a été jugée comme primordiale.

LA CONDUITE DE CHANGEMENT DANS LE CADRE DE LA RÉFORME

V. Paulin (*consultante indépendante*) et C. Allies (*Directeur régional, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail – ARACT – Île-de-France*) ont présenté des éléments de discussion autour du changement induit par cette réforme qui transforme les services de santé au travail (SST) en SPST et la Qualité de vie au travail (QVT) en Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). La notion de prévention existait déjà dans l'activité des SST mais c'est son efficacité et la preuve de celle-ci qui sont à mettre en évidence. La réforme est un vrai challenge de transformation pour les SPST.

V. Paulin a décrit les deux types de changement possibles :

- le changement de type 1 qui comporte la modification de facteurs internes pour permettre de s'accommoder et de s'adapter aux évolutions de l'environnement ou d'une situation sans remettre en cause le système. C'est un changement sans changement qui est inefficace si le cadre de référence est dépassé ;
- le changement de type 2 est une modification du système pour favoriser son adaptation à l'environnement externe.

Les SPST interentreprises (SPSTI) et tout l'écosystème de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels sont actuellement face à un changement de type 2 car ils sont invités à être différents et à évoluer ensemble. Ceci nécessitera l'engagement réel des directions générales et l'accompagnement des adhérents. Il faudra d'abord expérimenter la conduite du changement en interne pour pouvoir la déployer en externe. Pour cela, il est possible de s'appuyer sur des formations en méthodologie et à la gestion de projet. Cependant, il faut être conscient qu'il n'y a pas de changement sans résistance. Le temps politique a donné les grandes orientations. Au temps stratégique, les SPSTI vont devoir se saisir du sujet pour le personnaliser en fonction de leurs spécificités afin de lui donner du sens et de le faire vivre. Il sera nécessaire donc de travailler ensemble pour comprendre les enjeux et susciter l'adhésion et la mobilisation de tous. Au temps opérationnel, il faudra non seulement s'appuyer sur la méthodologie du mode projet dédiée à la dimension technique et organisationnelle mais aussi, sur la mise en place d'un dispositif d'accompagnement pour s'intéresser à la dimension humaine. En se basant sur les étapes de la courbe de deuil de Kübler-Ross, l'enjeu de la conduite du changement est de faire passer le plus vite possible les acteurs de l'état de colère et de peur à celui d'engagement. Pour être utile, l'accompagnement doit être mis en place dès le début du projet comme une action de prévention primaire. Il consiste à anticiper les réactions en expliquant, en traitant les préoccupations, en formant et soutenant les acteurs pour qu'ils puissent se projeter et s'engager. Il peut passer par diffé-

rents outils et supports en présentiel, comme des entretiens ou des ateliers, ou dématérialisés, comme des tutoriels ou des e-learning. Pour les SPSTI, le challenge est double car ils doivent se transformer et modifier l'image parfois un peu négative qu'ils peuvent avoir auprès des adhérents. La communication seule sera insuffisante. Il faudra informer puis communiquer par d'autres voies (tutoriels, vidéo), former et apporter un accompagnement individuel et collectif pour que l'adhérent devienne réellement un partenaire du SPSTI. L'accompagnement doit durer jusqu'à ce que le changement soit effectif.

C. Allies a expliqué que, dès 2013, à travers l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 «*Qualité de vie au travail*», les partenaires sociaux se sont exprimés sur la façon dont les démarches de qualité de vie pourraient être développées. Il faut maintenant passer du réglementaire, qui est nécessaire mais non suffisant, à l'engagement. Pour cela, les SPSTI doivent se donner les marges de manœuvre nécessaires au changement. L'évolution intrinsèque des structures des SPSTI devra également s'accompagner d'une politique d'expérimentation de coopération sur le territoire entre services et acteurs sur des thématiques variées : téléconsultation, télétravail...

Pour développer un projet de QVCT, il faut faciliter l'expression des participants pour avancer et définir le projet. La capacité à s'exprimer et à agir peut prendre différentes formes : le participatif, le partenariat social, le soutien managérial, le soutien par des collectifs. La QVCT repose aussi sur le choix de thématiques intéressantes et l'utilisation d'outils comme les espaces de

discussion (EDD) pour faire de l'objet travail un levier de performance au sein de l'organisation. Les EDD peuvent se définir comme des espaces collectifs permettant une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux. L'écosystème santé doit vivre des expérimentations pour que des acteurs variés travaillent ensemble et se donnent des objectifs communs. Cela passe par 3 étapes : sensibiliser pour prendre acte de ce que peut être une démarche de QVCT, co-construire et expérimenter le projet puis apprendre par les retours d'expérience.

L'offre socle est réglementée mais les SPSTI vont disposer d'une marge de manœuvre grâce à l'offre complémentaire pour expérimenter de nouveaux champs de services. Cette offre devra se construire sur les besoins réels des bénéficiaires en santé au travail et en prévention pour être pertinente. Il faudra de plus se poser la question du marketing de l'offre de services pour mieux les faire connaître. En effet, les adhérents n'ont pas toujours la connaissance de l'ensemble des services que les SPSTI leur proposent. Il faudra également se donner les moyens de la faisabilité de ces services.

ÉVOLUTIONS DES FICHES D'ENTREPRISE (FE) DEPUIS 1989... ET PROJECTIONS LIÉES À LA RÉFORME : PRÉSENTATION D'UN MODÈLE DE FE SIMPLIFIÉ PAR PLUSIEURS SPSTI D'ÎLE-DE-FRANCE

N. Poulain (Directrice du pôle prévention, Centre médico-social Montesquieu – CMSM – Paris) a présenté la réflexion menée par les

responsables de pôles prévention des 7 SPSTI du réseau Santé au Travail – Fédération des SPSTI d'Île-de-France qui avait pour but de réfléchir, dans le cadre de la réforme, sur les offres socle et complémentaire, et plus particulièrement sur la fiche d'entreprise (FE). Initié en 2017, avec la proposition d'un modèle de FE et la tenue d'échanges sur les objectifs des assistants techniques en santé au travail (AST), un premier travail avait été suspendu suite au rapport Lecocq qui laissait entendre une disparition de la FE. Il a repris à l'été 2022 car il est rapidement apparu qu'il serait difficile sans une augmentation conséquente de l'effectif des préventeurs de pouvoir remplir les obligations de la réforme. En effet, celle-ci demande la rédaction de 100 % des FE des nouveaux adhérents de l'année et leur mise à jour tous les 4 ans. Un changement de méthode et de stratégie d'intervention semble inévitable. De plus, il a été constaté que le modèle actuel de FE ne convenait pas aux entreprises car il manquait de pertinence et ne permettait pas de les aider à prioriser les actions à mettre en place.

La réflexion a donc porté sur les modèles, les outils, les systèmes d'information et les priorités d'actions. Elle a permis de constater que :

- le temps rédactionnel était plus long que le temps opérationnel en entreprise du fait d'une prise de note majoritairement manuelle et de la nécessité d'une ressaisie informatique ;
- la FE peut manquer de pertinence selon le secteur d'activité avec pour conséquence des longueurs et des parties inutiles ;
- le décret de 1989 impose des informations non pertinentes ;
- les systèmes d'information utilisés par les SPSTI ne proposent pas de modèle satisfaisant ;

- le but de la FE, même si elle est un document réglementaire, reste d'aider l'employeur à agir.

L'objectif a donc été de définir un modèle commun permettant de gagner du temps sur la rédaction sans empiéter sur le temps opérationnel, de supprimer les éléments inutiles et de faciliter le lien avec le Document unique (DU) pour aider l'entreprise à prioriser ses actions.

V. Dufour (Président de l'AFISST, Paris) a présenté le modèle proposé par le groupe de travail qui comporte une base commune mais qui est adaptable. Il est en cours de test dans différents SPSTI. Le résumé des 3 à 4 préconisations prioritaires est positionné dès la première page afin d'orienter directement l'employeur sur les actions les plus critiques. Il est suivi par une synthèse des conditions générales de travail. Au cœur de la FE sont développés les facteurs de risques par unité de travail avec les préconisations correspondantes dans l'idée que la FE est une aide à la rédaction du DU. Selon les besoins de chacun, d'autres parties peuvent être ajoutées : documents transmis à l'entreprise, aides financières, informations sur les types de suivis médicaux... La description des locaux est volontairement réduite et placée en annexe car elle ne répond pas à un besoin réel de l'entreprise. La FE étant un repérage, s'il existe des risques spécifiques, d'autres actions en milieu de travail doivent avoir lieu et permettre l'élaboration de documents annexés à la FE.

N. Poulain a précisé que les logiciels métiers disponibles ne proposent pas encore de modèles satisfaisants bien que des concertations aient été réalisées avec les sociétés de développement. Le groupe a donc exploré des solutions externes, type

L'impact de la réforme sur les pratiques des préventeurs en services de prévention et de santé au travail

«Mon diagnostic prévention», qui sont à l'étude en Île-de-France pour intégrer le modèle de FE. Le but est de pouvoir proposer également une saisie directe sur tablette.

LES FICHES D'ENTREPRISES (FE) : QUALITÉ, QUANTITÉ, UTILITÉ... OÙ METTRE LE CURSEUR ?

V. Goulet (assistant technique en santé au travail, Centre inter-entreprises et artisanal de santé au travail – CIAMT – Paris) a présenté son retour d'expérience sur la FE et sur les changements induits par la réforme. Au CIAMT, la demande de FE initiale ou sa mise à jour émane généralement du médecin du travail, plus rarement de l'entreprise. Le traitement est formalisé par le pôle technique ou le pôle médical. Le CIAMT utilise PADOA pour le traitement de ses FE. Il priorise la rédaction des FE comme suit : FE dans le cadre d'une inaptitude, FE demandées par le médecin, FE dans le cadre d'un volet Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) puis FE des nouvelles adhésions. Une fois la demande reçue, l'AST commence par chercher les informations sur l'entreprise qui l'aideront lors de son intervention. La prise de contact peut être chronophage car l'adhérent n'est pas toujours facilement joignable. Il faut parfois vaincre des résistances en rappelant la réglementation et en expliquant que le rôle de l'AST est le conseil. Si aucun interlocuteur n'est joignable, le CIAMT dispose d'un courrier d'information type qui est envoyé à l'employeur en recommandé avec accusé de réception et tracé dans le dossier. L'ab-

sence fréquente de salarié désigné compétent dans les très petites entreprises (TPE), l'emploi d'un cabinet d'experts-comptables pour la gestion de la partie sociale ou l'absence de locaux (ex : chantiers) sont aussi des facteurs limitants.

Que change la réforme pour la FE en pratique ? Elle demande la réalisation de 100 % des FE des nouvelles adhésions dans l'année et une mise à jour tous les 4 ans. Il s'agit d'un changement principalement quantitatif. Qualitativement, pour être utile, une FE doit être lisible. Pour l'adhérent, elle devient alors une aide à la rédaction du DU. Pour le médecin du travail, elle permet de savoir si les expositions des salariés ont bien été identifiées par l'employeur et d'obtenir des informations sur les locaux. L'intervenant doit éviter le piège de la surqualité car des fiches trop longues risquent de perdre le lecteur. Il ne faut pas faire la FE des primo-adhérents trop tôt car elle peut ne pas être représentative des risques réels et de l'effectif complet. Enfin, la question de la vérification de l'application des préconisations reste posée.

Quelques pistes pour améliorer l'efficacité ont été proposées :

- la mise à disposition de trames par métier ou type d'entreprise ;
- l'utilisation d'outils numériques permettant d'éviter la retranscription ;
- la prise de rendez-vous par une tierce personne (secrétaire ou autre fonction) ;
- l'utilisation de la visioconférence ou l'entretien téléphonique quand il n'est pas possible d'aller sur le site (ex : agents de sécurité, particuliers employeurs...);
- le recours à l'aide de l'équipe pluridisciplinaire pour les FE complexes.

La difficulté de la réforme, en ce qui concerne la FE, étant d'augmenter la quantité en maintenant la qualité et l'utilité, toutes les solutions pour gagner du temps seront appréciées.

PRÉVENTION DE LA DÉINSERTION PROFESSIONNELLE (PDP)

APPORT DE LA RÉFORME SUR LA PDP : QUE DIT LA LOI ? QUELS OUTILS À DISPOSITION ?

M. Ghedbane (médecin coordonnateur, CIAMT, Paris) présente l'apport de la réforme sur la PDP, même s'il préfère le terme « maintien dans l'emploi » qui renvoie à une action plus précoce. Il voit en cette loi une opportunité et souligne qu'elle décline pour la première fois une instruction commune avec la DGT (direction générale du travail) et la CNAM (caisse nationale de l'assurance maladie) sur la composition de la cellule PDP, son rôle, son pilotage et ses outils. La déclinaison de cette loi est donc plus structurante que les précédentes.

L'orateur définit un risque de désinsertion professionnelle comme étant la rencontre entre un travailleur souffrant d'un problème de santé ou d'un handicap et un environnement non capacitant. L'environnement est pris dans le sens large et inclut différents éléments comme l'accès aux soins, la mobilité, la monoparentalité ou la différence entre la ruralité et l'urbain. C'est important d'identifier les besoins de l'individu mais aussi ceux du collectif de travail et de l'employeur pour que le maintien soit durable. La prévention tertiaire est donc une opportunité pour

promouvoir la prévention secondaire et primaire. Ainsi, aller faire une étude de poste dans le cadre d'une inaptitude permet de voir si un poste est aménageable ou si le salarié peut être maintenu dans un autre poste mais c'est aussi une occasion d'aller dans l'entreprise pour voir les conditions de travail et son organisation.

La loi du 2 août 2021 oriente les missions de la cellule PDP notamment vers des actions de sensibilisation en incitant les entreprises à se pencher sur la question de la prévention, du handicap, de la maladie, de l'usure et de la pénibilité au travail. Cette loi préconise également d'identifier les situations individuelles et d'alerter dès les signaux faibles sans attendre l'arrêt de travail.

La cellule PDP est animée et coordonnée par le médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire qu'il désigne. Elle remplit ses missions conjointement avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et d'autres organismes spécifiques. L'approche interdisciplinaire de la PDP va permettre de discuter et choisir quel est le dispositif le plus adapté à la situation de la personne. Un des points prioritaires est d'impliquer l'entreprise sur la PDP car elle est la première actrice du maintien dans l'emploi. Pour faire converger les approches différentes vers un projet commun, il faut tous se mettre autour d'une table, que ce soit les partenaires, l'assurance maladie ou les acteurs de la prévention et de la compensation. Le passage de la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité est le principal levier de progrès.

La PDP est une approche psychosociale, environnementale, fami-

liale et professionnelle et non seulement médicale. C'est une démarche de progrès qui invite à fédérer tous les acteurs du maintien dans l'emploi autour des projets d'accompagnement des salariés et des entreprises. L'enjeu est de prévenir l'inaptitude pour le salarié. La mise en place d'une démarche concertée interdisciplinaire est indispensable à la sécurisation des salariés afin de contribuer à la préservation de leur santé, de leur employabilité durable et du capital économique des entreprises.

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA MISE EN PLACE D'UNE CELLULE PDP ET PLACE DES INTERVENANTS EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (IPRP)

J. Mendes (ergonome et psychologue, Thalie santé) et A. Randon (infirmier en santé au travail, Thalie santé) rappellent la genèse de la formalisation de la PDP dans leur service en 2016 avec la création d'un groupe de travail composé d'un médecin du travail, d'une infirmière et d'une assistante sociale externe. L'arrivée d'une ergonome psychologue en 2017 a permis une prise en charge effective des salariés à risque de désinsertion professionnelle. L'équipe est renforcée en 2021 par un second infirmier et l'internalisation de l'assistante sociale. Ce SPSTI a la particularité de suivre les intermittents du spectacle sur l'ensemble du territoire français et donc met en place des partenariats locaux pour faciliter le suivi.

Quand un médecin du travail reçoit un salarié pendant une visite médicale et relève des difficultés médicales et socio-professionnelles, il adresse une demande à la cellule PDP et incite aussi le salarié

à faire lui-même la demande dans un délai de 15 jours car celui-ci reste acteur de sa prise en charge. Son adhésion est indispensable pour le projet. Le staff hebdomadaire de la cellule PDP permet de trier les demandes, compléter des données et répartir les tâches de chacun.

Arrive l'accompagnement avec un référent PDP, ce premier rendez-vous dure en moyenne 1 h 30 pour balayer tous les champs de la vie de la personne : sa carrière professionnelle, ses études, ses hobbies, ses moyens financiers actuels, sa situation familiale et ses difficultés en général. Le but est d'identifier quel est l'élément le plus urgent à traiter chez cette personne puis d'élaborer un plan d'action. Enfin, il y a la mise en œuvre de la solution de maintien dans l'emploi en accord avec le médecin du travail, pour vérifier sa compatibilité avec son état de santé.

La cellule PDP a surtout un rôle d'accompagnement et de conseil concernant le maintien dans l'emploi, les différentes possibilités après une inaptitude, ou encore l'orientation vers des organismes de formation et de reconversion. L'importance d'avoir un très bon réseau pour le maintien dans l'emploi est capitale.

Les IPRP ont plusieurs rôles au sein de cette cellule PDP. Ils aident à la mobilisation psychique de l'individu, participent à l'élaboration d'un projet professionnel avec l'intéressé, font des études de poste au sein des entreprises à la recherche de solutions (éventuellement en partenariat avec CAP emploi et/ou la mission handicap), accompagnent les médecins du travail sur des questions en matière de maintien dans l'emploi (information des dispositifs, de la réglementation, des différents outils...), interviennent

L'impact de la réforme sur les pratiques des préventeurs en services de prévention et de santé au travail

sur les festivals pour sensibiliser les intermittents du spectacle à la notion de handicap...

Les infirmiers travaillent en cohésion avec le reste de la cellule PDP et sont complémentaires aux médecins du travail. Ils vont également être en contact avec les partenaires extérieurs en régions pour coordonner et optimiser les prises en charge.

Pour conclure, la recette d'une cellule PDP réussie réunit l'adhésion du bénéficiaire, la précocité du signalement, le travail en pluridisciplinarité, un réseau de partenaires fiable, une traçabilité infaillible, une bonne communication interne et externe et la participation de l'employeur.

LE DIALOGUE SOCIAL, THÉORIE ? POURQUOI ET COMMENT INTRODUIRE LE DIALOGUE SOCIAL DANS NOS INTERVENTIONS EN ENTREPRISE ?

M. Gilles (sociologue, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail – ANACT) parle du lien entre la prévention/santé au travail et le dialogue social. Le quatrième plan santé travail (PST4) aborde le dialogue social comme un levier dans la santé au travail et incite les quatre pôles d'acteurs (salariés, délégués du personnel, employeurs et leurs représentants) à se réunir pour discuter de la prévention/santé au travail.

Le dialogue social permet de proposer, régler et co-construire des actions favorables à la santé au travail. Il faut donc organiser ce dialogue en faisant se rencontrer et se connaître les différents acteurs, mettre en place des temps

d'échange comme par exemple faire en sorte que les salariés puissent rencontrer les représentants du personnel pour aborder leur problématique.

En pratique pour l'ANACT, il y a deux types d'interventions dans l'accompagnement des entreprises. Soit une entrée par thématique/problématique comme lors d'une alerte pour un problème d'augmentation de l'absentéisme ou pour une question sur les impacts de la transformation numérique. Soit une intervention qui porte sur le dialogue social en lui-même, par exemple pour savoir comment mieux organiser un Comité social et économique (CSE). La finalité est de renforcer ce lien dialogue social et santé au travail. L'ANACT propose 4 étapes clés pour que le processus du dialogue social soit un levier dans la santé au travail. Tout d'abord, analyser la demande, c'est-à-dire regarder la problématique sous un angle objectif et voir quel processus d'accompagnement va permettre à chacun de prendre sa part au dialogue. L'ANACT insiste sur l'importance du diagnostic partagé et favorise le travail paritaire, en faisant intervenir chaque participant et en les positionnant comme une entité ayant deux mains. Ils partagent leurs visions et intérêts qui peuvent être différents. Ensuite, une co-construction des actions de prévention permet leur mise en œuvre. Enfin, il y a la mise en place d'un suivi et d'une évaluation des actions proposées, à laquelle chacun contribue.

L'accompagnement de l'ANACT au travers des entreprises montre qu'il reste de vrais besoins de formation, que ce soit sur le processus du dialogue social ou sur les outils pour repérer les situations pouvant s'améliorer. Au final, ren-

forcer le dialogue social, c'est sensibiliser les différents acteurs pour permettre un temps d'échange et proposer de manière commune des actions de prévention.

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ESPACES DE DISCUSSION ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION PRIMAIRE AUTOUR DU RISQUE CHIMIQUE

A. Serieys (coordinatrice pôle prévention, Prévention Santé Travail Vendée Littoral – PSTVL) a créé des espaces de co-construction afin d'être plus proches des adhérents, d'engager les entreprises et de profiter de l'expertise de chacun dans un monde du travail qui se complexifie. L'idée est de mettre en place des démarches simples et faisables qui soient plus collaboratives dans la prévention des risques.

L'intervention se déroule en plusieurs étapes, elle commence par un premier contact avec l'entreprise. Dès le départ, il est proposé de travailler de manière plus collaborative sur un projet simple, une demi-journée de visite de l'activité dans l'entreprise puis une ou deux demi-journées d'atelier. La grosse partie du travail se fait ensuite dans la préparation de l'atelier. L'atelier commence par l'inclusion de chacun en lui demandant de se présenter après avoir rappelé que cet espace est bienveillant pour discuter ensemble de solutions sans jugement. Ensuite, une description détaillée de l'activité permet d'identifier les risques présents. Les différents acteurs font une cotation subjective de chaque situation et se mettent d'accord pour cibler une problématique

prioritaire sur laquelle ils vont réfléchir à une action de prévention. Pour finir, il y a une clôture d'atelier avec le ressenti de chacun et un résumé afin que l'entreprise puisse s'engager avec une feuille de route d'actions à faire. Enfin un compte rendu assez court est fait par le SPSTI.

Le premier exemple se passe avec une entreprise de réparation de machines et d'équipements comprenant 13 salariés. La demande venait de l'infirmière qui, lors de la rédaction d'une FE, a décelé que les postes utilisant la magnétoscopie pouvaient présenter des risques. Une proposition est faite à l'entreprise de voir les postes autour de la magnétoscopie et de discuter au sein d'un atelier pour faire un constat de la situation et envisager des mesures de prévention à mettre en place. Un engagement est pris avec l'entreprise pour une demi-journée d'observation sur place puis une préparation de l'atelier en se renseignant sur les solutions possibles et en choisissant des documents qui peuvent guider la prévention. Dans cet atelier sont présents le responsable Qualité sécurité environnement (QSE), le directeur du site, l'opérateur, un membre du service prévention de la CARSAT et le SPSTI (infirmière et ingénieur Hygiène sécurité environnement — HSE). Après l'inclusion de chacun, la description détaillée de l'activité met en évidence une polyexposition aux produits chimiques, ondes électromagnétiques et rayons ultraviolets. Les 3 risques sont cotés séparément, toute l'activité est étudiée et il en ressort que la partie contrôle non destructif est la plus exposante. C'est donc sur celle-ci que porte la réflexion pour trouver des pistes de solution. Un support méthodologique est appar-

té avec des outils de prévention mais chaque acteur va proposer ses propres solutions, actions ou alternatives, moyens techniques et organisationnels. L'objectif est de trouver une solution facile, efficace et « coup de cœur ». Au final, plusieurs solutions court et long terme sont proposées dont une solution privilégiée : un local dédié à la magnétoscopie. Un tour de table termine cet atelier pour résumer et activer la suite du travail de prévention. Chacun donne son avis sur l'atelier et son ressenti. Le compte rendu avec des tableaux synthétiques fait 3 pages. Une proposition pour mettre en place les solutions court terme a été faite et une réflexion sur l'investissement d'un local dédié est partagée par le directeur de site et est en attente de l'accord du directeur général.

Le second exemple est une entreprise de tôlerie industrielle réalisant des sous-ensembles de canaux soudés qui se questionne sur les risques des fumées de soudage. Dans cet atelier, sont présents le directeur de site, un technicien méthode, le chef de production, plusieurs opérateurs dont un délégué du personnel et l'ingénieur HSE du SPSTI. Le but est de trouver des mesures de prévention à mettre en place sur les postes de soudage en sachant que cette entreprise a 3 robots et 5 postes de soudage manuel différents. Cela s'est fait en une demi-journée d'observation et deux demi-journées d'atelier. Le premier atelier a été consacré à la description et le second aux solutions. Le temps laissé entre chaque atelier permet aux participants d'intégrer les informations et de discuter entre eux, ce qui instaure une dynamique au sein de l'entreprise. La description de l'activité permet une identification des risques toxiques, des produits

émis et des effets sur la santé. Pour structurer l'information, les opérateurs détaillent leur poste, à quels moments ils utilisent les robots, quelles sont les difficultés liées à chaque poste. Cela met en évidence les postes les plus à risque et permet une vision systémique, par exemple la constatation qu'un poste initialement non exposé va être exposé du fait de la co-activité. Des outils méthodologiques sont mis à disposition des participants de l'atelier, comme les fiches de solutions de l'INRS sur les fumées de soudage. Ensuite, chacun essaie de trouver des solutions techniques, humaines et organisationnelles sur la réduction des émissions aboutissant à la proposition d'achat de tables ou de gabarits plus adaptés. Au tour de table final, le directeur du site était très satisfait de l'intervention car, au-delà de la méthodologie de prévention, cela a permis de réinstaurer du dialogue dans l'équipe. Ce genre d'expériences a pour points positifs d'avoir un temps de rédaction plus court, d'être plus engageant pour les entreprises avec une efficacité et des résultats avérés et donc de proposer une offre de qualité. Cela permet aussi de renforcer le dialogue social et d'instaurer de la prévention primaire qui reste le cœur du métier d'IPRP.

SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE

A. Desarmenien (conseiller national en prévention des risques professionnels-risques TMS, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole – CCMSA – Bobigny) a conclu cette journée en rappelant que cette nouvelle réforme, voulue et négociée par les partenaires sociaux, est fondée sur les retours de

L'impact de la réforme sur les pratiques des préventeurs en services de prévention et de santé au travail

terrain en vue d'initier des changements. Elle a pour but de penser la prévention comme un système global et de mieux la structurer. Cette injonction du changement s'oriente vers une transformation collective de la prévention où sont impliqués préventeurs et entreprises afin de changer le regard de chacun pour avoir une vision commune.

Les textes accentuent la nécessité de poser l'entreprise comme acteur pivot de la prévention et non plus comme une simple cible des SPST. Il y a un besoin de renforcer les liens pour passer à une interdisciplinarité, c'est-à-dire travailler ensemble dans un but commun. Les expérimentations et les retours d'expériences permettent de faire émerger de nouveaux modèles et de les inscrire dans la pratique. Les actions de prévention isolées et unitaires doivent être intégrées dans un ensemble pour définir un objectif et des finalités communes. La diversité de forme s'intègre à une unicité de fond. Les SPSTI interviennent dans un continuum pour contribuer à la

montée en compétence des entreprises et à l'appropriation de techniques en termes de prévention.

Cependant, les moyens à disposition pour initier ces changements semblent être oubliés de la réforme. Des nouvelles missions et actions se rajoutent sans qu'on en enlève et sans avoir de moyens supplémentaires. Une réflexion sur les adéquations des moyens par rapport aux obligations et aux ambitions amène au questionnement du modèle économique. Il semble que cela soit laissé à la charge des SPSTI.

Pour conclure, il y a encore des concepts et définitions à travailler comme la place de la santé publique appliquée à la santé au travail, les offres de services, le sens du travail et la QVCT des acteurs de la prévention. Enfin la co-construction est fortement encouragée à tous les étages, que ce soit à l'intérieur des équipes de prévention, entre les SPSTI et les différents organismes régionaux, avec les entreprises ou encore au sein même de celles-ci.