

Co-intervenir en santé au travail : Pourquoi ? Comment ?

Journée nationale 2013 de l'Association française des intervenants en prévention des risques professionnels de services interentreprises de santé au travail (AFISST)

Paris, 15 novembre 2013

EN
RÉSUMÉ

AUTEURS :

S. Darbéda et S. Gonzalez, département Études et assistance médicales, INRS

Dans le contexte de mutation que traversent les services de santé au travail, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont amenés à coordonner leurs actions avec davantage d'acteurs. Les interventions nécessitent de plus en plus fréquemment la mobilisation de plusieurs disciplines autour d'un même projet de prévention, ou plus globalement autour de questions de santé au travail : c'est le cas par exemple des interventions en conception où se mêlent des besoins d'apports en métrologie, hygiène et sécurité, ergonomie, toxicologie (voire ergo-toxicologie) et parfois psychologie.

MOTS CLÉS

Pluridisciplinarité / santé au travail / intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

F. Lemire, ingénieur conseil régional adjoint, Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)

L'enjeu majeur de la loi de juin 2011 sur la médecine du travail est la co-construction d'actes de prévention par le personnel des services de santé au travail interentreprises (SSTI), via l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre tous les acteurs concernés par cette réforme. Le succès de la loi sera fonction de l'investissement de chacun des acteurs : administrateurs, membres des commissions de contrôle, équipes de direction, Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), partenaires sociaux et professionnels de santé au travail.

Pour la CRAMIF, 6 thèmes prioritaires ont été retenus : prévention de la désinsertion, du risque chimique, des troubles musculosquelettiques

(TMS), des risques psychosociaux, des accidents du travail et du risque routier.

Les objectifs des CPOM ont été définis entre la CRAMIF et la DIRECCTE Île-de-France puis présentés, fin 2012, à l'ensemble des secrétaires de commission medicotechnique, des présidents de conseils d'administration et des commissions de contrôle des SSTI d'Île-de-France. Durant l'année 2013, des fiches programmes ont été élaborées, avec le concours de tous les acteurs, dans le but de disposer d'un socle commun pour les actions en entreprises autour des thèmes retenus. Des objectifs de suivi et de résultats ont également été élaborés. En Île-de-France, le premier CPOM devrait être signé en décembre 2013, puis d'autres suivront courant 2014.

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

Un premier bilan de la réforme, portant notamment sur la gouvernance des services de santé au tra-

Co-intervenir en santé au travail : Pourquoi ? Comment ?

Journée nationale 2013 de l'AFISST

vail et la pluridisciplinarité, devrait être réalisé d'ici fin 2013 par le ministère du Travail.

L'établissement de projets de service nécessite un diagnostic territorial et le consensus des différents acteurs.

Au sein des SSTI, c'est le président qui détermine, lors de l'embauche, qui est intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP). Avec la réforme, la désignation de ces derniers devrait être simplifiée et les métiers mieux identifiés.

Le rôle du médecin du travail reste d'animer et de coordonner l'équipe pluridisciplinaire et de juger de la pertinence de faire appel éventuellement à des compétences extérieures.

A. Benedetto, présidente de l'AFISST

Le socle commun entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire est l'intervention en entreprise.

Le rôle de l'IPRP doit être clairement défini, notamment auprès des employeurs, afin de pouvoir porter un discours compréhensible par tous et contribuer à l'amélioration des conditions de travail.

En 2014, l'AFISST va réaliser une enquête en ligne sur le thème « *qui sont, que font les IPRP ? Et avec qui travaillent-ils ?* ». Les résultats de l'enquête devraient être présentés à la prochaine journée de l'AFISST, fin 2014.

EXPÉRIENCES COOPÉRATIVES LORS D'INTERVENTIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL

JE VEUX UNE INTERVENTION ERGONOMIQUE !

N. Lachambre, ergonomiste, Association santé et médecine inte-

entreprises du département de la Somme (ASMIS 80)

Dans une entreprise de 78 salariés du secteur industriel, s'occupant de sous-traitance dans le domaine sanitaire, le médecin du travail constate de nombreux cas de TMS et des signes de souffrance psychique, entraînant une augmentation des arrêts de travail avec séquelles à la reprise et des avis d'aptitude avec restriction. Devant ce constat, il propose au directeur, ingénieur de formation, en poste depuis 2010, l'intervention commune d'un ergonome et d'un psychologue du travail. Celle-ci est refusée. Le médecin du travail se tourne alors vers la CARSAT et l'inspection du travail qui confirment le non-respect de la réglementation relative à la prévention des risques professionnels et des niveaux d'arrêt de travail deux fois plus élevés que la moyenne régionale du même secteur. Après rappel à l'employeur de ses obligations de résultats en termes, notamment, de prévention des risques psychosociaux (RPS) et suite à la présence assidue au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du médecin du travail, de la CARSAT et de l'inspection du travail, l'entreprise a fait appel à deux cabinets de consultants en ergonomie et psychologie du travail. Des actions de prévention, en particulier sur les TMS et les RPS, ont été mises en œuvre.

Cette expérience, qui a redonné du sens au travail de chacun, montre la nécessité de pouvoir collaborer entre institutions et d'avoir un discours commun pour accompagner l'entreprise de façon cohérente. Par ailleurs, cette situation a abouti à la réalisation, au sein du service interentreprises, de documents d'information communs entre ergonomes et psychologues.

SYNDROME COLLECTIF INEXPLIQUÉ (SCI) : LES ATOUS D'UNE CO-INTERVENTION PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL / TOXICOLOGUE INDUSTRIEL

A. Becue, toxicologue industriel, et V. Jullin, psychologue du travail, Anecy santé au travail (AST74)

Ce service interentreprises compte 7 000 entreprises adhérentes dans tous les secteurs d'activité, représentant 65 000 salariés. Il est composé de 20 médecins du travail et d'un pôle technique constitué de 2 ergonomes, d'un psychologue du travail, d'un toxicologue industriel, d'un épidémiologiste, de 2 techniciens HSE (hygiène et sécurité en entreprise) et de 3 assistantes techniques.

Le SCI, également connu sous le nom de syndrome des bâtiments malsains, peut être défini selon 4 critères : une association de symptômes hétérogènes et aspécifiques, une pathologie collective incluant plus de 20 % des occupants, un même lieu et aucune étiologie spécifique et univoque retrouvée. Le SCI peut impacter divers organes et fonctions (neuropsychique, cutané, ORL, sensoriel...).

Au printemps 2012, à l'entrée dans les nouveaux locaux de l'entreprise X, du secteur tertiaire, des symptômes divers sont ressentis par plusieurs salariés. Début juillet 2012, environ les trois quarts des salariés présentent des symptômes et le signalent au directeur qui alerte le service de santé au travail. Les salariés concernés sont alors vus en visite médicale et le toxicologue analyse les compositions des produits utilisés pour la rénovation du bâtiment. Courant 2012, les symptômes s'estompent peu à peu malgré la persistance d'une odeur désagréable attribuée aux travaux récents. En janvier 2013, de retour de congés, une salariée ressent des symptômes plus

francs, la problématique devient alors collective avec des plaintes multiples entraînant plusieurs arrêts maladie. Face à cette propagation, afin de mieux comprendre les causes de cette « épidémie », une investigation a été menée en 3 volets : enquête descriptive auprès du médecin du travail, environnementale puis psychosociale.

L'enquête environnementale, effectuée par le toxicologue, retrouve un taux d'humidification relative dans la zone de confort, mais une ventilation générale défaillante (ventilation mécanique forcée débranchée, obturation des ouvrants naturels par les salariés). Au niveau des facteurs chimiques, l'analyse toxicologique des composés organiques volatils et les mesures des teneurs en oxyde de carbone et en ozone montrent des niveaux d'exposition comparables à ceux constatés dans le cadre des différentes campagnes nationales de prélèvements de l'air intérieur. Les résultats ont été restitués à l'ensemble des salariés et au directeur. Ce rendu a été difficilement accepté par certains du fait de l'attente d'une pollution zéro et de l'incompréhension du phénomène de pollution de fond présente dans tous les bâtiments, de la chronologie de l'intervention avec un an entre les premières plaintes et les analyses réalisées – ce retard ayant sans doute potentialisé les inquiétudes – et de la lenteur de la mise en place des modifications techniques par la direction (modification de la ventilation générale dans une copropriété).

L'enquête psychosociale, menée par une psychologue, s'est déroulée en 3 étapes : visite des locaux, recueil du point de vue du CHSCT et de celui des salariés. Les entretiens ont été conduits sur la base du questionnaire de l'Institut de veille sani-

taire (InVS) « Grille d'entretien pour recueillir les aspects psychosociaux » publié dans le guide technique « Diagnostic et prise en charge des syndromes collectifs inexplicables ». Cette démarche, engagée après la restitution collective de l'enquête environnementale, a été plutôt bien acceptée. Elle a permis l'identification de la source de l'anxiété : questions restées sans réponses (Que se passe-t-il ? Pourquoi ?) et besoin de sens devant des symptômes parfois violents qui ont pu impressionner. Les entretiens ont mis en évidence une mauvaise perception de la gestion de la crise, la façon dont le lieu de travail est perçu et l'attachement à celui-ci, les éléments en lien avec d'éventuelles pressions de collègues ou le besoin de ressentir des symptômes pour se sentir dans la « normalité » et enfin les facteurs psychosociaux généraux. Cette phase de l'enquête a également permis de rendre compte des conséquences du SCI sur les rapports inter-individuels et sur le « travailler ensemble ». Enfin, elle a pu expliquer que la restitution collective de l'enquête environnementale ait été mise à mal du fait de la croyance du délégué du personnel en une cause toxique.

Pour conclure, l'exemple de ce SCI démontre la nécessité de tenir compte de l'imbrication étroite des facteurs environnementaux (physique, chimique, biologique) et psychosociaux et donc de faire participer plusieurs intervenants (toxicologue, psychologue, médecin du travail). Rétrospectivement, une intervention précoce et conjointe du toxicologue industriel et du psychologue du travail aurait sans doute permis une réduction de la souffrance au travail, en limitant les effets de contagion émotionnelle et en réduisant le risque de passer d'une opinion à une croyance.

CO-INTERVENTION EN TOXICOLOGIE : CARACTÉRISATION D'UNE POLLUTION DUE À LA DÉCOMPOSITION THERMIQUE D'UN PLASTIQUE

T. Barth, IPRP, Santé-Travail-Provence, B. Oury, département Médecine des polluants, INRS

Santé-travail-Provence (STP) compte 9 800 entreprises adhérentes dans tous les secteurs d'activité représentant 95 000 salariés suivis sur 9 centres médicaux répartis autour d'Aix-en-Provence. Ce service est composé de 41 médecins du travail, 5 infirmières en santé au travail (IDEST), 4 IPRP, 1 psychologue du travail, 6 assistantes en santé au travail (ASST) (+ 4 qui seront formées en 2014) et 1 assistante sociale.

L'expérience rapportée concerne une entreprise de six salariés, spécialisée dans la fabrication de panneaux luminescents à base d'éclairage LED (diode électroluminescente) et qui a déposé 7 brevets internationaux concernant sa technologie, ses applications et sa machine de production (machine laser CO₂). La production est organisée en 2 ateliers : un local de découpe laser (découpe de guides optiques sur des plaques de polyméthacrylate de méthyle – PMMA – qui est un thermoplastique transparent) et une salle électronique (assemblage des pièces, contrôle qualité, nettoyage des produits, avec utilisation de quelques produits chimiques : polish n°2 (produit de lustrage), colle, alcool isopropylique).

En juin 2012, l'entreprise sollicite son médecin du travail afin d'obtenir une aide dans la démarche d'évaluation des risques professionnels en vue de la rédaction du document unique des risques professionnels. La demande est transmise aux IPRP pour aboutir à une pré-visite conjointe médecin du travail-IPRP, permettant de rencontrer la direc-

Co-intervenir en santé au travail : Pourquoi ? Comment ?

Journée nationale 2013 de l'AFISST

tion et les salariés, de repérer les locaux et les dangers (mise à jour de la fiche d'entreprise), de recueillir les fiches de données de sécurité (FDS) et de définir les unités de travail. L'intervention en entreprise a lieu en septembre 2012, pendant 1 journée, au cours de laquelle est effectuée l'étude des risques repérés dans les différentes unités de travail (conditions d'utilisation des produits chimiques, sonométries ponctuelles, recensement des mesures préventives déjà en place), l'identification des situations dangereuses et l'évaluation des fréquences d'exposition des salariés. En octobre 2012, un compte rendu des évaluations des risques professionnels est présenté à l'employeur.

Un risque particulier est repéré : l'inhalation des fumées de décomposition thermique due à la gravure laser de plaques de PMMA. La FDS du film plastique ne donne aucune information sur la composition des fumées de décomposition. Il existe une forte odeur de solvant dans le local et 2 personnes sont potentiellement exposées. Des prélèvements d'atmosphère sont envisagés. La première étape consiste à identifier ce qui doit être mesuré. Il est alors fait appel à la CARSAT, qui ne peut effectuer les analyses, puis à l'INRS. Une intervention est planifiée en janvier 2013, en 2 phases : une première dans l'atelier, pour l'identification et la semi quantification des polluants libérés par les polymères utilisés au poste laser ; la seconde, à l'INRS, consiste en la dégradation des polymères et l'analyse des effluents émis pour comparaison avec les polluants identifiés dans l'entreprise. La dégradation du PMMA produit majoritairement du méthacrylate de méthyle, mais aussi du caprolactame, du benzène et d'autres polluants en faibles concentrations. L'intervention de l'INRS a permis d'identifier les pol-

luants émis pendant l'usinage laser et la dégradation thermique au laboratoire a désigné un polymère comme principale source des émissions. L'identification d'autres polluants a permis au préventeur de construire sa stratégie d'évaluation du risque avec une meilleure description de l'exposition des salariés. Une fois les polluants identifiés, la CARSAT a pu procéder aux prélèvements atmosphériques (d'ambiance et individuels) spécifiques et élaborer des préconisations relatives à l'amélioration et l'entretien de la ventilation.

En conclusion, la demande initiale de l'employeur d'aide à l'évaluation des risques et à la rédaction du document unique a été satisfaite. L'intervention technique de l'INRS a permis de mettre à disposition des ressources dont ne disposaient ni le service de santé au travail ni le laboratoire de la CARSAT. Les résultats des mesures ont servi à l'INRS dans le cadre d'une campagne nationale sur les polluants émis lors de la dégradation thermique des plastiques. Le partenariat STP – CARSAT a été constructif et est en cohérence avec la convention établie entre le service et le laboratoire. De plus, le lien étroit entre la CARSAT et l'INRS a permis de mettre en relation tous les acteurs de cette co-intervention réussie.

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE LA CO-INTERVENTION ?

Cette table ronde, animée par *S. Caroly (Université de Grenoble)*, s'est intéressée aux conditions de la co-intervention. Pourquoi travailler ensemble ? Comment y parvenir ? Le pourquoi répond au besoin de compétences multiples pour intervenir en entreprises, selon la problématique identifiée.

Le comment repose sur la connaissance des compétences de chacun, ce qui nécessite une bonne communication des informations entre membres de l'équipe : chacun doit savoir qui alerter en fonction des besoins.

Il faut aussi que le médecin du travail soit motivé par l'intervention, qu'il y ait une envie de partager entre collègues, de prendre le temps de débattre. Ce qui signifie aussi que l'organisation du service doit permettre de favoriser les échanges autant sur un plan géographique (faire en sorte que les bureaux des différents membres de l'équipe ne soient pas trop éloignés les uns des autres) que sur un plan temporel (permettre des temps d'échanges et d'organisation).

Il ressort des échanges avec la salle, les éléments suivants :

- la nécessité de bien définir les besoins et les attentes de l'entreprise, ce qui implique l'engagement de l'employeur, qui peut se concrétiser par la signature d'une convention ;
- l'importance de la pré-visite avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui facilitera par la suite l'élaboration d'un message cohérent ;
- le besoin de formation du médecin à devenir manager d'une équipe.

TRAVAIL COLLECTIF ET COLLECTIFS DE TRAVAIL EN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

S. Caroly, Université de Grenoble

En 2002, la loi de modernisation sociale instaure la pluridisciplinarité et crée les IPRP. Cette fonction relève d'une spécialisation technique que le médecin du travail ne possède pas ou n'a pas les moyens de mettre en œuvre dans son activité.

En 2004, un décret transforme les services médicaux du travail ou de prévention en services de santé au

travail, qui deviennent ainsi des services pluridisciplinaires.

La réforme de 2011, mise en application depuis juillet 2012, a pour but de renforcer l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention et d'enrichir l'équipe pluridisciplinaire (assistantes en santé au travail, formation en santé au travail des infirmières). Le médecin prescripteur devient le référent des actions des autres professionnels. Les plans santé au travail PST1 puis PST2, ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles favorisent le travail collectif autour de priorités identifiées.

Pour les professionnels de la santé au travail, les enjeux sont importants. En effet, les médecins du travail, dans leur activité de coordination, vont devoir veiller à conserver leur identité, tout en intégrant les points de vue des différents autres intervenants.

Le médecin du travail doit ainsi s'adapter à un contexte sociopolitique en évolution, avec une augmentation des populations touchées par les TMS, l'évolution des réformes en santé au travail et des entreprises en changement permanent. Il doit aller vers plus de pluridisciplinarité, avec une approche plus collective, tout en conservant une activité de consultation et de tiers temps en entreprise. De plus, dans la pratique réelle, les médecins ont des styles d'exercices variés en fonction du type d'entreprise où ils exercent.

Les principales problématiques du travail collectif sont, d'une part, les changements profonds des métiers de la prévention qu'il implique (tant pour le médecin du travail que pour les ergonomes, ingénieurs en prévention des risques et psychologues) et, d'autre part, l'émergence de professions dont les références de métier demeurent à construire (IPRP, IDEST). L'enjeu est, dans le contexte actuel, de bâtir des modes

de coopération, exigés et attendus par les réformes, avec une diversité importante des acteurs de prévention et l'intégration réalisée des nouvelles logiques de travail.

Avant la réforme, les intervenants en santé au travail avaient parfois tendance à s'ignorer ou à travailler ensemble seulement de manière ponctuelle. Ils devront apprendre à coopérer dans une logique d'intégration pour construire de l'activité collective.

Il existe différentes modalités de travail collectif : co-activité, collaboration, coopération. La fonction du travail collectif est de réguler les contraintes car il permet de répartir le travail, d'équilibrer les efforts, et c'est également un bon moyen d'apprentissage par le dialogue entre les membres du collectif. Les conditions à remplir pour un travail collectif optimal sont de trouver des objectifs communs, de conserver une certaine stabilité et une mixité au sein de l'équipe, de construire des objets intermédiaires, d'agir en concertation et en coordination. Un collectif de travail est un ensemble de personnes qui prennent soin les uns des autres, il sert à donner le pouvoir d'agir à chacun tout en élaborant des règles communes. Les conditions à remplir pour un bon fonctionnement du collectif sont de partager des règles de métier, de savoir reconnaître les compétences des autres, d'avoir des relations d'échanges de services, d'avoir confiance en l'autre.

Pour le médecin du travail, la consultation est indissociable des actions en entreprise. Lors d'actions collectives en partenariat avec d'autres institutions, les médecins du travail apportent leur expertise sur l'entreprise, le travail et ses conséquences sur la santé. La pluridisciplinarité se traduit par la construction de réseaux. Être IPRP est une fonction et non un métier. Chacun a un rôle

spécifique : l'ergonome est un « *expert des conditions de travail* » qui permet « *l'accompagnement d'un processus de changement* », le psychologue du travail est un « *expert de l'homme au travail (perception, comportement)* » chargé de « *comprendre la relation entre le travail et le subjectif, entre le corps et la santé* », l'ingénieur en prévention des risques est un « *expert de la sécurité ou spécialiste des facteurs d'exposition* » dont le rôle est le « *management des risques et leur intégration dans les logiques de l'entreprise (en termes de production et de qualité)* ». Le passage du travail collectif au collectif de travail inter-métiers permet de créer de la connaissance sur le fonctionnement de l'entreprise, de partager des valeurs communes sur le travail bien fait, d'établir une relation de confiance autorisant les initiatives dans le domaine de compétences de l'autre et une relation d'aide quand l'autre est soumis à des perturbations externes ou internes, ainsi que réélaborer des règles dans l'action.

La pluridisciplinarité implique l'élaboration de nouveaux repères d'action, d'intervention et des transformations de compétences. « *Un bon travail interdisciplinaire se fait avec des intervenants de disciplines différentes qui vont confronter leurs points de vue mais qui restent des gens compétents dans leur discipline* ».

En conclusion, l'activité collective inter-métiers n'est pas une évidence. Chacun doit d'abord être à l'aise au sein de son propre métier pour ensuite essayer de l'être avec les autres. Il reste des formes de pluri-professionnalité à construire pour une prévention efficace et durable des risques professionnels. Les conditions d'une activité de travail pluri-professionnelle peuvent être résumées de la façon suivante :

- connaître l'autre et ses compétences ;

Co-intervenir en santé au travail : Pourquoi ? Comment ?

Journée nationale 2013 de l'AFISST

- construire des règles de métier ;
- aller ensemble sur le terrain ;
- construire des objectifs communs ;
- élaborer un espace de débats sur la qualité du travail pluridisciplinaire ;
- construire des objets intermédiaires ;
- organiser la complémentarité des logiques (alerte-prévention...);
- imaginer des jeux d'acteurs situés dans un contexte institutionnel et politique.

RÉFLEXION PARTAGÉE ET ÉLABORATION D'OUTILS INTERSERVICES

NETTOYONS EN BONNE SANTÉ : COMMENT TRAVAILLER ENSEMBLE À 5 SSTI ET 3 COMPÉTENCES DE MÉTIER

J. Meli, conseiller en prévention et en ergonomie, Sud Loire santé au travail Saint-Etienne (SLST 42)

Ce projet a fait intervenir les directeurs des services, les IPRP et les médecins du travail de 5 SSTI de Rhône-Alpes.

En septembre 2008, il est décidé de construire un projet interservices, pluridisciplinaire « *Nettoyons bien ensemble* » dont l'objectif est d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques de prévention dans les entreprises de propreté. L'objectif secondaire est d'extraire des enseignements méthodologiques au bénéfice des acteurs de santé au travail.

Le projet s'est déroulé en 4 phases : connaissance du secteur, visites de terrain et synthèse des observations, phase de mise en forme (livrables) et phase d'exploitation en direction des entreprises de propreté et des services de santé au travail. Deux livrables ont été réalisés : un guide de prévention des risques professionnels et une brochure d'information à destination des salariés

du secteur. Ils ont pu être diffusés auprès des entreprises de nettoyage et des acteurs de prévention.

Pour mener à bien ce projet, il a fallu travailler ensemble. Ce qui a nécessité :

- **Des relations entre les acteurs** : la rencontre de plusieurs volontés, un projet devant être à la fois à la source et au carrefour de motivations individuelles, des objectifs ayant un sens pour tous les acteurs, une bonne visibilité dans l'approche et dans les résultats souhaités, le développement d'un savoir-être propice à l'émulation du groupe.

- **Une méthode collective et partagée de travail** : le partage d'objectifs formels et informels, la précision des objectifs définis, une méthodologie partagée, l'allocation des ressources, une cinétique adéquate au projet, le rythme et la régularité des contacts, l'importance de la coordination (et de sa légitimité), un fonctionnement organisé entre entités, les échanges favorisés par des modes de travail différents, le maintien d'une cohérence au sein du groupe de travail.

- **La concordance d'objectifs pour aller tous dans la même direction.**

PROJET COLLECTIF DES SSTI DES PAYS-DE-LA-LOIRE : MISE À DISPOSITION D'OUTILS POUR L'ÉVALUATION ET LA PRÉVENTION DU RISQUE CHIMIQUE EN ENTREPRISE

C. Barat, Fédération des services de santé interentreprises (FRSSTI), Pays-de-la-Loire

La Fédération des SSTI des Pays-de-la-Loire regroupe 14 SSTI et compte 80 000 adhérents dans tous les domaines d'activité. Elle suit 900 000 salariés et dispose pour cela de 300 médecins du travail, 50 IDEST et d'un pôle technique constitué de 60 IPRP et de 50 ASST.

Les nombreuses questions pour la mise en œuvre d'une démarche

d'évaluation et de prévention du risque chimique sont à la base du projet. Celui-ci a été réalisé en lien avec les CPOM dans un esprit de cohérence régionale et s'est déroulé en 3 étapes :

- développement des outils, de février 2011 à février 2013, au sein d'un groupe de travail composé d'un pilote de la fédération, de 13 IPRP et de 9 médecins du travail ;
- diffusion des outils dans les SSTI, à partir de février 2013, avec formation des différents acteurs de l'équipe pluridisciplinaire ;
- diffusion des outils auprès des entreprises, à partir de mars 2013, avec un accompagnement individuel et collectif.

Le groupe de travail était composé de 4 sous-groupes avec des missions différentes : l'identification des dangers, l'évaluation des risques, la prévention des risques et la traçabilité. Plusieurs outils ont été développés :

- un guide pratique méthodologique d'évaluation et de prévention du risque chimique en entreprise, composé d'une fiche de diagnostic initial, de 4 fiches « étapes » et de 19 fiches « outils » ;
- un outil informatique, COLIBRISK, cohérent avec la démarche proposée dans le guide pratique, en lien avec les bases de données sur les substances, simple d'utilisation (classeur Excel) et disposant d'un mode d'emploi détaillé ;
- enfin, un module de formation à l'utilisation de ces outils destinés aux entreprises.

Le guide pratique et Colibrisk sont téléchargeables gratuitement sur le site internet : www.risquechimique-paysdelaloire.org

La démarche de formation à l'évaluation et la prévention du risque chimique se déroule sur une année, en 4 étapes : 1. l'identification des dangers ; 2. l'évaluation des risques.

3. la prévention ; 4. la traçabilité.

Actuellement, 61 entreprises (11 000 salariés) sont accompagnées lors de sessions collectives. Leurs activités sont diverses : traitement de surface, imprimerie / sérigraphie, plasturgie, métallurgie et agroalimentaire.

Du point de vue des entreprises, ce projet apporte des outils structurants sur une question jugée complexe et leur permet d'avancer dans leur démarche d'évaluation.

Du point de vue des SSTI, la réalisation de ce projet a été rendue possible par la mise en réseau des SSTI sur la question du risque chimique et le partage des compétences régionales. En retour cela a permis une montée en compétence des différents acteurs des SSTI.

LA PLURIDISCIPLINARITÉ EN SANTÉ AU TRAVAIL : FREINS ET LEVIERS

J. Benoumeur, sociologue, unité mixte de recherche CNRS¹ – EHESS² – ENS³

Dans le but d'identifier les freins à la coopération des acteurs de la santé et de la sécurité au travail, une étude a été menée en Haute-Normandie. Elle s'attache à comprendre les postures et les logiques de chacun et pourra servir de support pour des comparaisons avec d'autres territoires.

La coopération interorganisationnelle permet aux différents partenaires la mise en commun des informations (indicateurs, études, diagnostics...), des interventions (*in/ex situ*, intervention ponctuelle ou suivi dans la durée...) et du type de prestation (conseil / contrôle, prévention...).

Les partenaires en santé au travail participent aux obligations de résul-

tats en matière de prévention mais sont soumis à des enjeux économiques différents selon qu'ils sont privés ou institutionnels.

Les contraintes opérationnelles peuvent représenter un frein à la pluridisciplinarité. En effet, il y a souvent peu de disponibilités pour se rencontrer.

Les critères et les valeurs d'intervention des différents acteurs varient selon :

- que l'intervention est à la demande ou bien qu'il existe un pouvoir de contrôle,
- que la participation des IPRP est sollicitée ou non,
- que l'approche est individuelle ou collective,
- qu'il s'agit de certaines cibles particulières,
- qu'il faut fidéliser la clientèle ou bien renforcer l'autonomie des entreprises.

La coopération interprofessionnelle met en jeu la complémentarité des groupes professionnels qui apportent chacun leur expertise, leur grille de lecture et leur méthodologie. La répartition des champs d'expertise constitue un enjeu permanent de luttes et de rapports de pouvoir. Des stratégies de défense corporatistes peuvent apparaître et des phénomènes de dépréciation des compétences se font jour. Il faut passer au-delà des écueils de la communication interprofessionnelle (jargon professionnel, langages techniques, retranchement derrière le secret professionnel), au-delà des désaccords sur la méthodologie (représentativité d'échantillon, interprétation des non-réponses, durée/type des entretiens, salarié considéré ou non comme expert de son travail...), au-delà des désaccords sur la finalité (protéger la santé et/ou améliorer la productivité, renforcer ou non l'autonomie des acteurs...).

Deux grands types de coopération peuvent être identifiés :

- Une coopération informelle d'individu(s) à individu(s) motivée par une volonté de mutualiser les approches et les apports sur des thématiques générales ou par l'urgence ou la complexité de certaines situations précises. Elle repose sur la connaissance individuelle des missions ou des prestations des organismes ou des fonctions (culture institutionnelle) puis sur le partage des affinités ou des valeurs *via* un réseau de partenaires ou un carnet d'adresses. Les relations informelles jouent un rôle central dans la mise en place des coopérations formalisées et il ne faut pas négliger le poids des divergences interpersonnelles et des fausses représentations dans l'absence de coopération entre organismes.
- Une coopération formelle de structure(s) à structure(s), mise en jeu dans plusieurs types de circonstances, par exemple :

- La participation à des instances de consultation et d'échanges peut, par exemple, avoir lieu dans le cadre de partage d'informations, de présentations d'actions ou de positionnements, dans le but de mener des études ou des actions de sensibilisation, de proposer ou de rendre des avis ou d'échafauder une stratégie commune. Cela peut faire apparaître des enjeux de pouvoir, selon le nombre ou le type de participants (chefs de services et directeurs, acteurs de terrain...) et le nombre ou le type de voix (majorité, voix délibératives ou consultatives...).

- L'élaboration et la gestion de projets et de dispositifs collectifs pour assurer la gestion partagée d'un dispositif public ou bien la prise en charge transversale de problématiques complexes, fluidifier le passage de relais, atteindre des cibles isolées et mener de grandes actions de communication. Il

1. Centre national de la recherche scientifique

2. École des Hautes études en sciences sociales

3. École nationale supérieure

Co-intervenir en santé au travail : Pourquoi ? Comment ?

Journée nationale 2013 de l'AFISST

faut alors calculer les gains espérés car les investissements sont importants. Les enjeux de pouvoir sont à plusieurs niveaux : le degré d'implication de chacun (financier, temporel...), le partage des responsabilités (consultation, délibération, intervention...) et des retombées financières et médiatiques.

Les leviers proposés sont :

- la mise en place de coopérations pour renforcer l'affichage et la visibilité des missions et des dispositifs des organismes ;
- la conduite de projets avec le choix des partenaires, la construction d'un référentiel commun et le rôle capital du chef de projet.

PROJETS NATIONAUX EN COURS, IMPLIQUANT DES IPRP DE SSTI

RISQUE CHIMIQUE : PROJET INTER-SSTI D'ANALYSE CRITIQUE DES FICHES DE DONNÉES ET DE SÉCURITÉ

A. Karinthe Doyon, Prévention santé travail PST2A, Rhône Alpes (69)

Dans le contexte actuel de forte évolution réglementaire du risque chimique, avec la mise en place, depuis 2007, du système REACH et le changement d'étiquetage, la fiche de données de sécurité (FDS) a été confirmée dans son rôle majeur de support pour la transmission des informations de la chaîne d'approvisionnement.

Cependant, trop souvent sur le terrain, les FDS ne sont pas conformes aux attentes réglementaires. Ainsi, une étude de 2009 menée conjointement par plusieurs SSTI du Grand Lyon a retrouvé 50 % d'erreurs au niveau de la classification des substances. Et en 2012, une étude de l'European Chemicals Agency (ECHA) a montré que 52 % des FDS n'étaient pas conformes, toutes rubriques

confondues. Or, sans une bonne identification des dangers, il est difficile de faire une évaluation des risques représentative de la réalité. Sans une lecture critique préalable des FDS, l'identification des dangers est donc biaisée.

Fort de ce constat, des SSTI commencent à se fédérer et plusieurs groupes de travail s'organisent pour mieux aborder la problématique du risque chimique, par la création de bases de données de substances et de FDS et la mise à disposition d'outils d'aide à l'évaluation du risque chimique. Les principaux enjeux sont d'évaluer la qualité des FDS par rapport aux exigences réglementaires en menant un travail d'envergure nationale via la mutualisation des données traitées par les SSTI de plusieurs régions.

Les objectifs propres aux SSTI participants sont d'harmoniser les pratiques des IPRP sur l'identification des dangers, de proposer un regard commun sur la qualité des FDS (en particulier sur le repérage des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques – CMR) et d'améliorer la qualité des prestations dans les actions de conseil auprès des adhérents.

Les objectifs externes aux SSTI participants sont de créer ou de poursuivre les échanges avec les DIRECCTE et les CARSAT, de fournir à la Direction générale du travail (DGT) des éléments pour une concertation de tous les acteurs des FDS (fabricants, fournisseurs, distributeurs, acteurs de la prévention et syndicats professionnels) et engager une réflexion nationale pour faciliter l'accès par les SSTI aux FDS. À l'heure actuelle, la rédaction de la méthodologie est finalisée, l'information d'un maximum de SSTI sur la démarche et l'analyse critique des FDS dans le cadre des projets d'intervention en entreprise sont en cours. La mise en commun des

résultats, leur communication et leur exploitation restent à faire pour 2014.

PROJET NATIONAL INRS – ANACT : ÉVALUATION DES INTERVENTIONS RPS-TMS

A. Benedetto, IPRP, Action santé au travail dans le Doubs (AST25)

L'évaluation des interventions reste une question centrale en santé au travail. Suite à un appel à contribution pour une recherche action conjointe INRS-ANACT, plusieurs groupes « métier » se sont constitués : CARSAT, ARACT, consultants, SSTI composé de médecins du travail et d'IPRP et un groupe mixte piloté par la DIRECCTE Midi-Pyrénées. L'objectif est la production d'un ouvrage didactique portant sur les modèles et démarches théoriques sur la question de l'évaluation et d'un guide pratique destiné à permettre aux préventeurs d'évaluer leurs interventions.

Les groupes métiers apportent leur expérience et leur réflexion et expérimenteront les versions provisoires du guide. Les premiers travaux ont porté sur le repérage du périmètre de l'évaluation d'une intervention, la conceptualisation de typologies d'intervention, la compilation des pratiques d'évaluation existantes et l'identification des besoins et attentes des préventeurs. Les travaux à venir devront définir le cadre du guide pratique en métissant différents modèles, en s'appuyant sur les pratiques existantes, les besoins et les réalités du terrain.

La version définitive du guide est prévue pour 2016.

RELIANCE ET TRAVAIL : RÉSEAU NATIONAL DES PSYCHOLOGUES ET PSYCHOSOCIOLOGUES DU TRAVAIL EN SSTI

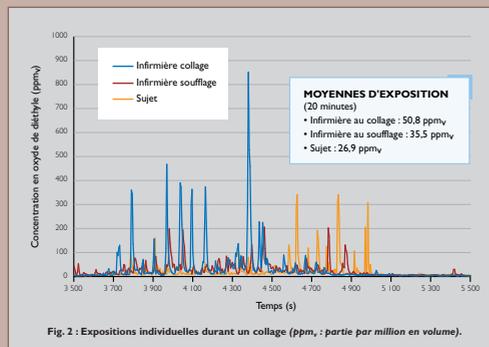
V. Jullin, psychologue du travail, AST74

« Reliance et travail » est une association née le 30 novembre 2012 qui

compte actuellement 60 adhérents (sur 120 professionnels dont 107 en SSTI).

Le réseau a pour objectifs :

- de rassembler les psychologues et les psychosociologues exerçant en SSTI ;
- de permettre les échanges et faciliter la formation continue entre les professionnels du réseau ;
- de contribuer à la construction de ces métiers par la mise en débat des diverses pratiques, l'élaboration de repères communs et la mutualisation des connaissances et des méthodes issues de la pratique ;
- de promouvoir le travail des psychologues et psychosociologues en SSTI auprès des différents interlocuteurs ;
- d'animer diverses actions (colloques, journées d'étude, articles, formations...) en cherchant à promouvoir les collaborations ;
- de favoriser les liens avec les laboratoires universitaires et autres organismes de recherche.

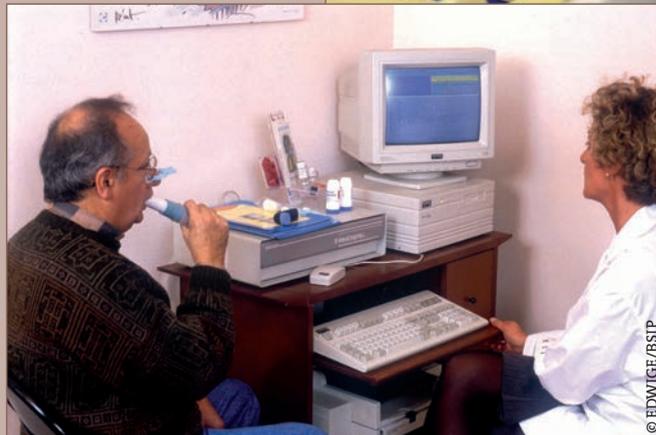


DANS LE CADRE DE VOS MISSIONS DANS UN SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

- Vous avez réalisé une étude, mené une enquête de terrain...
- Vous souhaitez publier vos résultats, faire partager votre expérience, ou solliciter d'autres équipes...

La rubrique **“VU DU TERRAIN”** vous est ouverte.

Contactez-nous sur le site www.rst-sante-travail.fr, **“Proposer un article”**



Annexe I
Questionnaire n°

Fait le _____ de _____ à _____

Votre médecin du travail le décrit _____
mais il est que vous êtes d'accord pour participer à l'étude scientifique menée par le ministère chargé du Travail et l'Institut universitaire de médecine du travail de la faculté de Lyon. Ceci pourrait je vous le rappelle aujourd'hui. Avez-vous un moment (environ 20 min) à me consacrer maintenant ?

SI NON (sûr du nouveau RV téléphonique) _____

Comme votre médecin du travail vous l'a expliqué, cette étude s'inscrit à un certain nombre de situations de travail et de produits auxquels les travailleurs en France peuvent être exposés à être exposés de plus donc vous demander de bien vouloir me décrire à nouveau ce que vous avez fait à votre travail durant la même semaine que celle que vous avez déjà décrite à votre médecin.

TOUT D'ABORD, QUELQUES RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENTREPRISE

1 Quelle est l'activité exacte de votre entreprise (que produites, que vendez, etc.) ? _____

2 Combien votre entreprise a-t-elle embauché d'employés dans le site où vous travaillez ? _____

MAINTENANT, VENONS EN À VOTRE EMPLOI ET PLUS PARTICULIÈREMENT À CE QUE VOUS AVEZ FAIT PENDANT LA SEMAINE QUE VOUS AVEZ DÉCRITE À VOTRE MÉDECIN

1 Quel est le nom exact de votre métier ? _____

2 Combien d'heures avez-vous travaillé durant cette semaine ? _____

3 Durant cette semaine, quels ont été les **deux** lieux où vous avez travaillé et combien de temps y avez-vous passé (il y en a plusieurs) ?

Laboratoire	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Durée: _____
Atelier	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>	
Bureau	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Durée: _____
Mécatronique	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Durée: _____
Autre lieu (spécifier) _____	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	Durée: _____

4 Pouvez-vous me décrire les **différentes tâches** que vous avez effectuées durant cette semaine, et combien de temps vous y avez passé ?

Tâche 1: _____ Durée: _____

Autre tâche: _____ Durée: _____



Fig. 4.



Fig. 5.

