

Rôle et place des IPRP exerçant au sein de SIST : quelles évolutions depuis la réforme de 2004, quelles perspectives suite à la réforme de 2011 ?

Journée nationale des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Paris, 7 décembre 2012

EN RÉSUMÉ

AUTEUR :

A. Schaller, département Études et assistance médicales, INRS

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont directement impactés par la réforme des services de santé au travail. Dans cette organisation des services en équipes pluridisciplinaires, les IPRP participent à l'élaboration des projets de service et à la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les DIRECCTE et les CARSAT. Des exemples régionaux d'organisations de la pluridisciplinarité et de réseaux ont été présentés lors de cette journée nationale.

MOTS CLÉS

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

Cette journée était organisée par l'Association française des intervenants en santé au travail (AFIST) et portée par un comité issu du groupe régional des intervenants en prévention de Bourgogne - Franche-Comté.

F. Blanchard, ingénieur conseil régional, responsable de la Direction régionale des risques professionnels de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF), M. Brun, directeur du Centre inter-services de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), et A. Desarmenien, président de l'AFIST ont accueilli les participants en rappelant le thème et le contexte de la journée.

Avec la réforme de la santé au travail, la question de l'identité des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) des SIST se pose. Cette nouvelle loi impose le travail en pluridisciplinarité pour établir le

projet de service. La notion d'équipe est renforcée et les actions sont à mener par priorité. Quelles contributions pour les IPRP, s'agissant d'un label et non d'un métier ? Quels sont les enjeux ? Quelles compétences ? Comment collaborer ?

QUELLES IMPLICATIONS POUR LES INTERVENANTS EN PRÉVENTION DANS L'ÉLABORATION DES PROJETS DE SERVICES ET DANS LES CONTRACTUALISATIONS AVEC LES PARTENAIRES ?

DE LA CMT AU PRST, QUELLE ARTICULATION PAR L'IPRP ?

J.S. Barbotin, SIST – Arve Mont-Blanc (74)

À l'échelon local, la commission médico-technique (CMT), composée du directeur, de médecins du travail, d'IPRP, d'infirmiers en santé au travail, d'assistants en santé au travail, est une instance d'orien-

Rôle et place des IPRP exerçant au sein de SIST :

Quelles évolutions depuis la réforme de 2004, quelles perspectives suite à la réforme de 2011 ?

tation des actions de prévention. Son rôle est d'élaborer le projet pluriannuel de service qui devient ainsi un élément déterminant de l'activité et de l'organisation des SIST. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés sur la base de ce projet de service entre les SIST, la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Les IPRP, en tant que membres de la CMT, sont une force de propositions émanant de groupes de travail en vue de réaliser des actions collectives. À ce titre, ils participent à l'élaboration de la politique de prévention des services interentreprises de santé au travail (SIST) et contribuent aux actions de prévention.

À l'échelon régional, le Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) se compose du préfet de région, de représentants d'administrations régionales de l'État (DIRECCTE...), de représentants de salariés, de représentants d'employeurs, d'organismes régionaux d'expertise et de prévention (CARSAT...), d'experts scientifiques ou techniques (médecins, IPRP...). C'est un organisme consultatif, une instance de dialogue et d'échanges, de coordination des actions de prévention, un relais de la politique nationale de prévention. Ce comité contribue à la politique régionale de prévention et donne un avis sur le Plan régional de santé au travail (PRST) : objectifs, actions et moyens, en cohérence avec les axes prioritaires de prévention (troubles musculo-squelettiques – TMS –, risques psychosociaux...) du Plan de santé au travail (PST). La participation des IPRP à l'élaboration du PRST permet une meilleure intégration des

objectifs régionaux dans le CPOM. Seul bémol, les priorités de service ne sont pas toujours en phase avec celles de la région selon les SIST.

Lors de la mise en œuvre du PRST 1 en Rhône-Alpes, les IPRP participant aux comités techniques ont connu des problèmes d'agenda (délais trop courts, manque de disponibilité) et d'accès aux informations. Ces dernières étaient relayées par le médecin inspecteur régional du travail aux 700 médecins du travail de Rhône-Alpes, mais les IPRP n'en n'étaient pas destinataires. Des pistes d'amélioration sont proposées : appui de réseaux régionaux d'IPRP, présence d'IPRP ou de représentants aux diverses sociétés de médecine du travail ...

La réforme inscrit l'action des SIST dans la politique de santé au travail, définie au niveau national dans le cadre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et déclinée au niveau régional par les CRPRP et le PRST. Dans ce contexte, les IPRP sont des acteurs en santé au travail au même titre que les médecins du travail. Il manque toutefois des personnes-relais, à l'image des médecins inspecteurs régionaux du travail, interlocuteurs des médecins du travail. Les IPRP font du reporting de terrain et contribuent à l'amélioration de la connaissance en santé au travail.

LÉGITIMITÉ ET CRÉDIBILITÉ DES INTERVENANTS EN PRÉVENTION : RÉSULTATS DE RECHERCHES MENÉES EN NORD-PAS-DE-CALAIS

J. Kubiak, université Versailles Saint-Quentin (78)

Pour la première fois en 1960, Caloni définit le préventeur comme « celui qui fait de la prévention son occupation essentielle ». En 2004, Garrigou élargit la définition : « par préventeurs, il faut entendre des personnes en charge des questions de sécurité

et de prévention dans les entreprises ou les organisations publiques ou privées, que cela soit à plein temps ou bien à temps partiel. Dans ce sens les ergonomes, les médecins du travail, les inspecteurs du travail ne sont pas des préventeurs mais des acteurs de la prévention. Nous distinguons aussi les préventeurs institutionnels, qui sont des préventeurs œuvrant dans des institutions de prévention (CARSAT, Mutualité sociale agricole, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics...) »

Les préventeurs ont des objectifs communs, mais peut-on parler d'un groupe professionnel ? Pour certains, l'étiquette IPRP n'a pas d'importance, ce qui guide leur pratique, c'est leur métier et non cette habilitation.

Quel type de relations professionnelles peut s'établir entre les médecins du travail, les infirmiers, les IPRP, les ingénieurs et techniciens sécurité, et les CHSCT et les institutions (CARSAT, DIRECCTE, OPPBTP...) ?

Les résultats de l'« étude des modalités de coopération et de coordination des actions et des acteurs de la prévention des risques professionnels dans les entreprises du Nord-Pas-de-Calais » [Frimat, 2012*] donne un éclairage sur l'organisation et la place de chacun dans les équipes de santé au travail.

Les médecins du travail interrogés dans l'étude déplorent le manque de temps consacré à la prévention primaire dans leur activité, leur cœur de métier. Ils ne sont pas fermés à l'idée de changement dans leur service, mais ont du mal à considérer qu'ils peuvent déléguer ou partager certains aspects de leur métier. Un langage commun et des formations adaptées sont nécessaires. Les infirmier(e)s craignent que leur compétences au sein de l'entreprise, par leur proxi-

* FRIMAT P, ROQUET P - Étude des modalités de coopération et de coordination des actions et des acteurs de la prévention des risques professionnels dans les entreprises du Nord - Pas-de-Calais. 2012

mité avec le milieu de travail et les salariés, disparaissent au profit de tâches standardisées et déconnectées du travail. En revanche, ne plus travailler de manière isolée mais au sein d'une équipe pluridisciplinaire est apprécié. Les médecins du travail déclarent évaluer les risques en collaboration avec les IPRP. Mais pour ces derniers, une relation de subordination existe. La coordination des actions de prévention par le chef d'entreprise leur semble plus légitime.

En conclusion pour J. Kubiak, la coordination des actions et la coopération des acteurs de prévention passent par une recomposition des territoires professionnels : une interdépendance, un partage du territoire commun, une sorte de « donnant/donnant » professionnel. Un phénomène d'« hybridation » des savoirs de la santé au travail avec ceux venus de la sécurité et de la gestion des risques est à mettre en place. D'après E. Morin qui écrivait en 2011 : « *Les disciplines doivent demeurer à la fois ouvertes pour se nourrir de l'extérieur et enfermées pour exprimer leur identité* ».

PROJET DE SERVICE : QUELLES OPPORTUNITÉS POUR LES IPRP ?

C. Lancelot, A. Gaillard, F. Lacour, service interentreprises de santé au travail de la Nièvre (MTN) (58)

Ce service, créé en 1943, suit 38 500 salariés, principalement du secteur industriel (métallurgie, automobile, agroalimentaire, imprimerie, industrie du bois...), répartis sur 6 grands bassins d'emplois ; 80 % des entreprises comptent moins de 10 salariés.

En 2007, des postes sont vacants : il n'y a plus de médecins du travail. Suite à des désaccords, la CMT démissionne et l'agrément du service est perdu. Cette crise aboutit à la réorganisation du service, à la création des premières équipes mé-

dicales autonomes et à l'embauche de médecins étrangers. Cette organisation pluridisciplinaire a modifié la responsabilité hiérarchique du médecin du travail ainsi que la place et l'action de chacun des acteurs. De nouvelles opportunités se sont ouvertes aux IPRP qui, depuis, participent fortement à la démarche de prévention. Ils interviennent sur demande du médecin ou de l'entreprise en fonction de leur domaine de compétences : aide à l'évaluation des risques, ergonomie, mesures et prélèvements, risques psychosociaux, aide à la démarche pénibilité, formations...

Le rôle de chacun est devenu clair, les relations avec les médecins sont transparentes. Ils travaillent en réelle complémentarité et le rôle des IPRP est valorisé en tant qu'experts. Ils apportent une visibilité sur la prévention des entreprises nivernaises en connaissant leurs besoins et leurs attentes. Quatre ans plus tard, 9 équipes médicales autonomes couvrent l'ensemble du département. En 2012, dans le cadre de la réforme des SST et du projet de service, une nouvelle CMT élargie a été constituée intégrant l'ensemble des métiers avec la direction, le président et un représentant des partenaires sociaux. La forte participation et l'intégration au projet de service des IPRP leur a permis de progresser et de devenir ainsi acteurs dans une démarche structurée.

Dans les échanges avec la salle, des commentaires et témoignages à plusieurs niveaux ont été émis :

- L'entreprise est dorénavant plus présente dans la démarche de prévention grâce à la participation de la direction et des représentants de salariés au CRPRP.
- La dimension économique de l'entreprise est à intégrer avant de développer un projet, faute de créer de la frustration.

- Un directeur de SIST regrette que ce soit le législateur qui oblige à répondre aux besoins d'une entreprise.

- Aujourd'hui, le service fonctionne comme une entreprise et son directeur doit dynamiser l'action collective.

- La dimension collective de la prestation du service de santé au travail s'est accrue.

- La qualité de la conduite de projet dépend des compétences des IPRP à passer du champ de la gestion à celui du mode projet.

- De façon générale, plusieurs IPRP ont témoigné pour exprimer qu'ils s'estimaient encore insuffisamment formés au travail en pluridisciplinarité.

STRATÉGIE D'INTERVENTION EN BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL

J. Malchaire, unité Hygiène et physiologie du travail, université catholique de Louvain, Belgique

La démarche dite « classique » en santé au travail est très souvent source de frustration, voire d'échec. En effet, suite à un problème, un « spécialiste » est sollicité pour des mesurages, des comparaisons aux valeurs limites, des propositions d'améliorations générales (EPI, formation...) qui aboutissent à un rapport plus ou moins long. L'employeur le lit-il ? Des actions sont-elles menées ? Le coût pour l'entreprise est-il pris en compte ?

Cette démarche, adaptée à une évaluation ponctuelle ou spécifique, répond à des situations de travail critiques (fortes concentrations de toxiques, niveaux de bruit très élevés...). Mais dans ce cas, les travailleurs sont très rarement, voire jamais consultés afin de rechercher des mesures d'amélioration.

Cette vision de la santé au travail reste trop legaliste et pas assez préventive. S'agit-il d'éviter les sources d'insatisfaction ou de contribuer au

Rôle et place des IPRP exerçant au sein de SIST :

Quelles évolutions depuis la réforme de 2004, quelles perspectives suite à la réforme de 2011 ?

bien-être des travailleurs ? L'orateur fait d'ailleurs remarquer que le mot « salarié » avait été rarement prononcé depuis le début du colloque. Pour rappel, en 1947, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Pour l'orateur, l'évaluation des risques doit être différenciée de leur prévention. En favorisant des mesures qualitatives au détriment des mesures quantitatives, cette nouvelle approche de la santé au travail permet davantage de répondre aux risques croissants actuels : TMS, stress, insatisfaction au travail... La globalité des problèmes, dans le contexte général de la situation de travail est ainsi prise en compte. L'organisation de la complémentarité des compétences est à mettre en place, avec la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Dans une approche participative, les salariés, acteurs de la prévention, et leur encadrement direct discutent de leurs conditions de vie au travail et recherchent ensemble des mesures d'amélioration. L'IPRP devient alors un partenaire et n'est plus considéré comme un gêneur. Dans la mise en place d'une nouvelle stratégie d'amélioration des situations de travail, en pensant « pourquoi » et « comment » et non pas « combien », travailleurs, préventeurs, experts coordonnent leurs interventions le plus rapidement, efficacement et économiquement possible. Des méthodes applicables pour les PME et non seulement pour les grandes entreprises sont à développer. En intégrant l'entreprise au quotidien, l'IPRP change d'image en contribuant aussi à son développement et l'on peut parler de bénéfices.

La « *Stratégie SOBANE (dépistage, observation, analyse, expertise)* et

** *Stratégie Sobane et guide de dépistage Déparis :*
www.deparisnet.be

méthode de dépistage DÉPARIS (dépistage participatif des risques) » explique en détail une démarche qui vise à donner un sens au travail des uns et des autres.**

INTERVENANTS EN PRÉVENTION : QUELLE IDENTITÉ POSSIBLE AU TRAVERS DE DISCIPLINES ET D'APPROCHES AUSSI VARIÉES ?

DES BESOINS À L'ACTION : DES CHOIX D'ORGANISATION ET D'ORIENTATIONS

J.C. Beyssier, AGEMETRA/AST Grand Lyon (69)

L'AGEMETRA compte 20 000 adhérents dans tous les secteurs d'activités. Elle suit 230 000 salariés sur 34 centres médicaux répartis dans le département du Rhône. L'AST Grand Lyon compte 14 500 adhérents et assure le suivi de 205 000 salariés sur 23 centres répartis sur Lyon et la proche agglomération. Dans cette région, ce sont surtout les grosses entreprises qui sollicitent le service, ayant une dynamique de prévention propre (connaissance des besoins, CHSCT...). Les très nombreuses petites entreprises ont de réels besoins mais restent difficiles à atteindre, faute de moyens, de temps ou de connaissances. Face à une telle diversité, une offre homogène est compliquée.

Un travail d'adaptation aux spécificités des adhérents a été mis en place pour aller chercher les non-demandeurs par le biais des branches professionnelles et en proposant des services d'accompagnement d'entreprise à la prévention, en particulier aux TPE-PME. Pour cela, des intervenants aux compétences diversifiées ont été recrutés : des spécialistes (ergonomes, ingénieurs en toxicologie, psychologues...), des conseillers

en prévention, des assistantes et infirmières en santé au travail. Les résultats de ce travail de fond pluriprofessionnel sont très encourageants, avec de plus en plus de sollicitations de la part des entreprises. Pour J.C. Beyssier, il est nécessaire de sortir du traitement du risque ou de la « demande », pour se former aux besoins en prévention. Les pratiques de chacun doivent évoluer. Un travail d'organisation interne, une articulation des compétences et des missions est nécessaire au sein des services. Les principales difficultés restent de faire partager ces orientations par tous et de faire comprendre et accepter l'organisation. Une crise d'identité existe au sein des services entre médecins du travail et IPRP, lesquels font état d'un manque de reconnaissance. La question du niveau de la formation médicale des infirmier(e)s se pose également, face à la raréfaction des médecins du travail. En conclusion, l'intervenant met en avant l'« énorme » besoin de coordination et d'animation dans les services, entre les services et avec les autres institutionnels, pour parvenir à une action collective.

NORMANDIST : ORIGINES ET FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU NORMAND DES INTERVENANTS EN SANTÉ AU TRAVAIL

B. Queval, président de NormandIST. SANTRA PLUS (76)

En 2006, le réseau IPRP Normandie regroupe la Haute-Normandie et la Basse-Normandie, mais, faute d'une réelle structure, ses actions sont limitées. NormandIST naît d'une réflexion de groupe qui, en 2010, apporte un regard pluridisciplinaire sur les problématiques de santé au travail. L'objectif est alors de partager et de capitaliser compétences, techniques et expériences, de favoriser la circulation

des informations et d'être reconnu au niveau régional.

Le réseau est constitué d'un bureau, de commissions professionnelles (Cpro) et de groupes projet. Le bureau, composé d'un(e) président(e) et de deux vices-président(e)s, représente le réseau dans différentes instances, entretient les liens avec les autres réseaux et les directeurs des SIST et met en relation les IPRP avec les groupes projet et les Cpro. C'est aussi le bureau qui diffuse l'information, coordonne l'organisation des réunions et alimente le site Internet (www.normandist.jimdo.com). Les Cpro, composées de personnes de même spécialité (ergonomes, chimistes, psychologues...), échangent leurs informations et leurs savoirs. Chaque commission est autonome dans son organisation. Des réunions plénières permettent de présenter les activités des différentes commissions, des groupes projet et de faire le bilan du réseau. Dans ce cadre, des réunions de travail portant sur un ou deux thèmes, en lien avec le PST, voire les PRST mais aussi les besoins des SIST, sont organisées, en invitant des intervenants extérieurs (CARSAT, INRS...) et des experts. Le bureau élargi avec un représentant de chaque Cpro participe au choix des thématiques et au contenu des réunions, et contacte les intervenants extérieurs.

Ce fonctionnement transparent permet des liens réguliers avec les directions des SIST et facilite la diffusion du calendrier annuel des réunions et des ordres du jour. Cependant, la disparité des politiques des SIST, une seule CARSAT mais deux DIRECCTE, le besoin de temps et de volontaires pour animer le réseau et le manque de moyens financiers compliquent la mise en œuvre des différentes actions.

ORGANISATION DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ AUTOUR DU RISQUE CHIMIQUE

S. Martinez, Groupement interprofessionnel médico-social, GIMS (13)

Grâce à ces 11 centres, le Groupement interprofessionnel médico-social (GIMS) suit 130 000 salariés répartis dans 16 000 entreprises. En 2006, le service embauche deux ingénieurs polyvalents qui se spécialisent dans le risque chimique en 2008. En 2010, deux assistantes « risque chimique » sont recrutées et une formation des assistants et des infirmiers en santé au travail est mise en place. En 2011, le besoin de coordonner l'ensemble des acteurs mène à la création de la commission risque chimique (CRC). Celle-ci a pour but d'optimiser la collaboration entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, de définir leur rôle en fon-

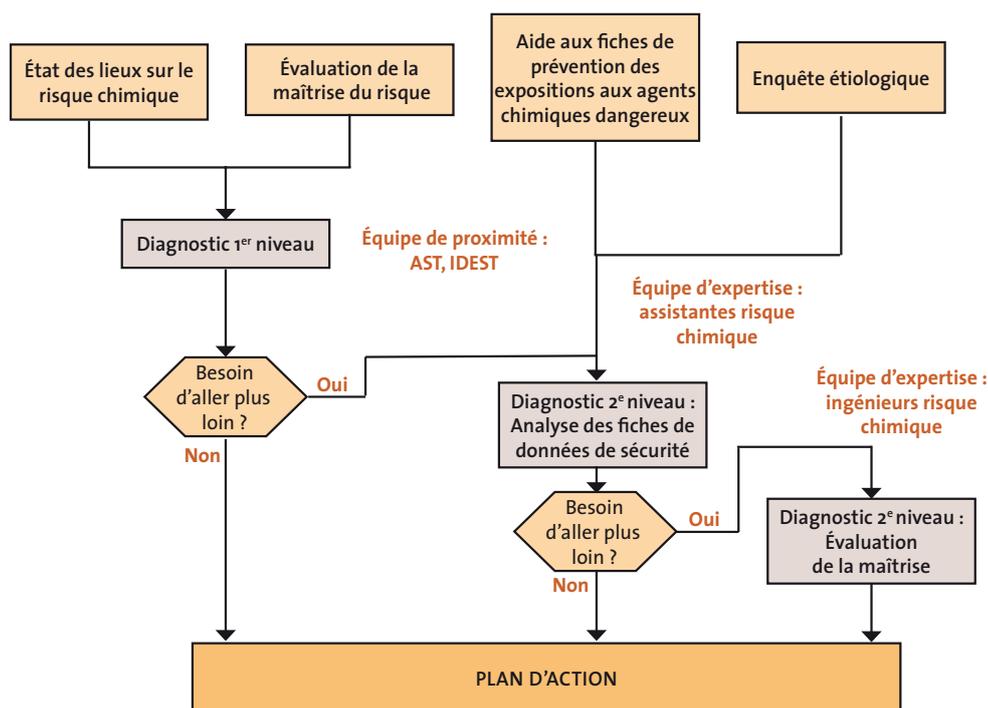
tion de la demande, de mettre en place des outils pour faciliter leur travail et d'homogénéiser les réponses aux entreprises.

Elle est composée de trois médecins, d'une assistante en santé au travail, d'une assistante risque chimique et d'un ingénieur risque chimique. Trois niveaux d'intervention par équipe permettent d'identifier la toxicité, d'analyser les risques et de réaliser des enquêtes étiologiques (figure 1). À chacune des étapes, des documents sont produits pour mener au plan d'actions. La CRC sert aussi de relais avec la CMT et les partenaires externes au SIST.

« Dans cet exemple de mise en place de la pluridisciplinarité, il s'agit d'un voyage et non d'une destination... ». Si une méthode, des protocoles et des outils existent, il reste à chacun à se les approprier.

↓ Figure 1

Le protocole d'intervention de la commission risque chimique du GIMS.



Rôle et place des IPRP exerçant au sein de SIST :

Quelles évolutions depuis la réforme de 2004, quelles perspectives suite à la réforme de 2011 ?

Toutes ces interventions ont exprimé une volonté forte de travailler ensemble. À leur suite, la discussion s'est orientée autour de plusieurs points relatifs au statut et à la reconnaissance des IPRP. Pour plusieurs intervenants, il y a nécessité de passer au-delà de la revendication d'un statut. À l'exemple des « soignants », il faut préférer la « fonction », celle de prévenir les risques professionnels, en mutualisant les connaissances professionnelles. De même, la perte de la procédure d'habilitation des IPRP, remplacée par un dispositif d'enregistrement auprès des DIRECCTE, pose un problème de reconnaissance et également d'identification des IPRP au sein des SIST, puisque certains professionnels (assistantes sociales, psychologues...) peuvent ne pas être enregistrés. Enfin, un recensement serait nécessaire pour renforcer le réseau sur un plan régional et afin d'établir un réseau national. Le CISMÉ, qui fédère et représente les SIST depuis 60 ans, est facilitateur dans ces échanges.

et impose l'équipe pluridisciplinaire dont les fonctions de chaque membre sont encore floues, ce qui peut désorienter les IPRP. La gouvernance des SIST doit mettre en place une réflexion qui dépasse la fonction particulière des IPRP pour s'intéresser à leur capacité et leur méthode d'action. Des personnes travaillant ensemble peuvent se neutraliser si elles sont identiques, ou s'opposer si elles sont en concurrence. L'aventure proposée aujourd'hui est de créer de la valeur ajoutée grâce à la différence des métiers, des origines et à leur complémentarité, ce qui nécessite une formation à travailler ensemble.

Dans ce changement profond de l'organisation des SIST, deux notions sont très significatives : la contractualisation des actions et leur priorisation. On parle de missions, d'objectifs et de moyens en allant rechercher les besoins sur le terrain. Au final, on ne doit pas s'arrêter à la sémantique mais construire des projets ensemble, la clé de l'action collective demeurant la confiance.

CONCLUSION

Pr H. Seillan, groupe Préventique

H. Seillan salue l'esprit de recherche qui a accompagné cette première journée scientifique consacrée aux IPRP. Il souligne qu'il ne faut pas parler de pluridisciplinarité mais de pluricompetences ou plurimétiers. Les deux « mamelles » de la compétence sont le savoir et l'expérience de terrain. La compétence est spécifique à une fonction. Il faut donc s'interroger collectivement sur la fonction. En 1946, les médecins exerçaient seuls toutes les fonctions. Aujourd'hui, la réglementation parle de tâches