



LA PLURIDISCIPLINARITÉ DANS LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL (SST) Table ronde du 27 mai 2010

Cette table ronde a réuni Fabien Parise, Paul Frimat, Bernard Gâisset, François Hubault et Annie Drouin.

Nous sommes ici dans le cadre de la SELF pour un premier jeu d'échanges qui fait l'objet d'une publication dans ce bulletin de septembre 2010. Au-delà de cette rencontre, un rendez-vous est fixé en janvier 2011 pour une journée colloque devant un public qui pourra intervenir et qui sera animée avec d'autres intervenants. La troisième étape de ce parcours sera proposée lors du congrès de la SELF 2011 qui se tiendra sur le thème de la prévention des risques et qui est confié à Alain Garrigou et François Jeffroy.

Nous sommes donc sur un chemin qui nous emmènera jusqu'en septembre 2011. Nous attendons que ces trois moments nous permettent de murir la question et d'animer la réflexion, bien sûr à l'intérieur de la communauté des ergonomes mais aussi, puisqu'elles ne les concernent pas seuls, en résonnance avec les autres professionnels de santé et sécurité au travail.

CONTEXTE DE CETTE TABLE RONDE

Aujourd'hui, ce qui nous occupe, c'est la remontée vers le conseil d'administration de la SELF des difficultés et inquiétudes de certains ergonomes qui travaillent dans les Services de Santé au Travail (SST) concernant leur rôle, leur positionnement, le dispositif dans lequel ils s'intègrent et qui, sous couvert de pluridisciplinarité, ne règle pas la façon dont ils s'organisent et dont ils font leur travail.

Par voie de conséquence, la gouvernance de la ressource pluridisciplinaire se trouve au centre

des débats. Ce qui en ressort, c'est qu'elle est plutôt vécue que réfléchie et qu'elle s'improvise au fil des questions qui viennent, sans qu'il y ait eu suffisamment de réflexions sur « Comment on fait ? », « Pourquoi ? », « Qui fait quoi ? ».

Les textes réglementaires posent des enjeux épistémologiques - *Comment les compétences et connaissances scientifiques peuvent-elles s'articuler ?* - et politiques - *Comment ces structures se rendent-elles capables de se saisir de ces questions ? Comment les entreprises ont-elles ou non de s'en préoccuper ?* -.

Différents risques se trouvent ainsi intriqués, commerciaux, financiers, politiques, méthodologiques, épistémologiques, et se retrouvent pris dans des jeux d'acteurs et de réputations.

L'enjeu de cette table ronde est de remettre les questions du travail dans les SST au centre de nos échanges et que nous intervenions par rapport aux rôles que nous occupons.

PRÉSENTATION DES MEMBRES DE LA TABLE RONDE

Fabien Parise : il est ergonomiste européen, embauché dans le cadre du décret sur la pluridisciplinarité comme IPRP depuis 2003. Depuis 2008, il est coordonnateur du service IPRP. Il est également secrétaire de l'AFIST (Association Française des Intervenants en Santé au Travail), créée en 2004 et qui est une structure nationale déclinée en réseaux régionaux. Il est responsable de la branche IPRP au Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail (SNPST) ; c'est dans ce syndicat qu'il a eu la possibilité de travailler avec des médecins sur les questions IPRP, à un autre niveau que celui

de son SST, et d'avoir plus d'échos sur les difficultés rencontrées, notamment par les ergonomes IPRP.

C'est ce qui a fait que Fabien s'est rapproché de François Hubault et de la SELF pour évoquer la pratique des ergonomes dans ces services et leurs difficultés de positionnement pour répondre à des demandes suite à des commandes ou des prescriptions à l'anglo-saxonne (par exemple de type métrologie).

Bernard Gaisset : Directeur de l'ACMS (Association des Centres Médicaux et Sociaux de Santé au Travail d'Ile de France).

Diplômé d'urbanisme, il s'est beaucoup investi dans l'aménagement du territoire en lien avec les collectivités territoriales... la politique de la ville. Ce qui l'a amené naturellement vers la problématique Santé qui est un facteur de développement et de bien-être pour la population, et également économiquement important (les dépenses de soins représentent 213 milliards d'euros en France !).

La question de l'organisation de l'offre de soins et l'articulation ville-hôpital a été au centre de ses préoccupations et l'a amené à côtoyer des politiques, des médecins de différentes spécialités, des professionnels du secteur, des partenaires sociaux... Il s'est impliqué sur les enjeux des formations à créer, sur le regroupement des filières et la continuité des soins, sur les projets médicaux, sur les projets sociaux (par exemple : comment installer des équipes médicales dans des bassins de vie qui sont désertés, ouvrir des écoles d'infirmières, comment redonner de l'attractivité « médicale » à des villes moyennes, penser le maintien dans l'emploi par la formation ...) ? Il est donc naturel dans sa pratique de travailler avec l'Etat, avec les Caisses d'Assurance Maladie et les autres grandes institutions régionales ...

A partir de cette vision là, il s'est de plus en plus intéressé à « *Comment on pourrait voir dans le champ des causes, l'explication de l'ar-*

rivée intempestive d'un certain nombre de patients, et en particulier dans le champ du travail, repérer ce qui s'y passe pour prévenir ».

Selon son point de vue, la professionnalisation de la prévention est un sujet en soi en France. Dans notre pays, « *la santé = les soins* » et il faut que l'on fasse une révolution culturelle. La santé, ce n'est pas que les soins.

Il y a un travail extraordinaire à accomplir pour changer les mentalités. La question c'est « *Comment on va le faire ?* ». La réponse passe par l'intervention d'un certain nombre de compétences pluridisciplinaires, les médecins étant un des éléments du dispositif. La prévention n'est pas un sujet qui se limite à la pathologie mais il est essentiellement **un sujet de comportements et d'analyse de l'environnement** ; c'est d'abord un sujet culturel extrêmement important, et c'est ce sur quoi il faut jouer dans la stratégie de prévention.

Il a intégré dans sa réflexion le rôle des médecins du travail mais aussi des professionnels qui travaillent autour, que ce soient des préventeurs, des assistantes sociales, des sociologues, des artistes et naturellement en gardant le lien avec le chef d'entreprise. Il considère qu'il est primordial de savoir communiquer pour changer les comportements, de réfléchir en termes de projet « *On a beaucoup travaillé sur les tâches mais pas assez sur les objectifs et les projets. Quand on travaille sur les objectifs et les projets, on fait des merveilles* ».

Son projet est de « *Chercher à rendre service à la collectivité d'une manière imaginative en essayant d'ouvrir un peu les fenêtres* ». Il y a énormément de travail à faire car il y a toujours des représentations des uns et des autres, des rapports de force qui se jouent uniquement sur les représentations, sur les rapports de pouvoir « *Encore faut-il que l'on trouve les moyens de pouvoir* ». Ce pouvoir, c'est comme « *un bouquet de fleurs* », beaucoup de compétences mais, la grande difficulté de notre pays, c'est

« *Comment on anime tout ça ?* ».

Aujourd'hui, il propose trois idées force en termes de gouvernance et de formation :

La conduite de projet ou comment on peut faire pour conduire des projets.

La communication et la négociation, car on ne peut rien imposer à personne.

La connaissance de l'entreprise : il y a une différence entre l'entreprise (au sens entreprendre) qui est un collectif d'hommes et la « société commerciale » qui peut avoir un travers financier. L'enjeu est de savoir comment on fait évoluer l'entreprise dans la dynamique du collectif.

Paul Frimat : Professeur de Médecine du Travail- Université Lille 2

Il est médecin, dermatologue de formation. En tant que médecin du travail de l'école lilloise, Furon l'a incité, au démarrage de la physiologie, à côtoyer Pertuson, Knockaert et d'autres ergonomes et il s'est retrouvé, du fait de ces rencontres, responsable de la filière Hygiène et Sécurité au CNAM à Lille. Dès les années 75, la pluridisciplinarité était déjà de mise, sans le savoir, dans les cours du soir où se retrouvaient médecins, ingénieurs, futurs ergonomes.

Dans la suite du cursus, il a toujours souhaité « éviter les tuyaux ». Par cette expression, il faut entendre que « *Le système français, ce sont des tuyaux d'orgues mais qu'il n'y a personne pour jouer la partition* ». Par exemple : dans le domaine de la santé publique, en 2000, il y a eu une rencontre avec les médecins inspecteurs de la Santé et du Travail. Ils étaient bien médecins mais de ministères différents et ils ne se connaissaient pas et n'avaient jamais travaillé ensemble. Il a fallu un certain nombre de crises sanitaires pour que le pays se rende compte qu'il y avait nécessité d'apprendre à travailler de manière transversale.

C'est cette transversalité qui marque son parcours et ses différentes responsabilités. Dans

les années 86, il a été responsable du Centre de Recherche En Santé Travail Ergonomie (CERESTE), créé grâce au Ministère du Travail et de la Recherche. Les enjeux du CERESTE étaient de mélanger des approches médicales, physiologiques, ergonomiques, juridiques... et des axes spécifiques ont été développés dans ce domaine.

Il est actuellement vice-président d'université et il fait travailler ensemble des médecins, des psychologues... pour dispenser des enseignements qui sortent des « *tuyaux standards* » et qui permettent de répondre aux exigences actuelles de la société, des entreprises....

Dans le cadre de ce cursus, il a été professeur de médecine du travail et depuis 2000, il est responsable de la discipline. C'est dans ce cadre qu'il a été interpellé, à plusieurs reprises, par Larcher pour essayer de repositionner la « Santé-Travail » dans le champ de la prévention. Des médecins du travail ont écrit pour signaler que « *l'on allait dans le mur* » en termes de politique de prévention en France « *On dit qu'on en fait mais on ne met pas les moyens qu'il faut pour la faire, donc il n'y en a pas* ».

La Santé-Travail est encore enfermée dans un dispositif de type « Aptitude » ; l'ensemble du dispositif n'a jamais eu le rendu d'efficacité qu'il aurait pu avoir car il n'a pas eu cette approche de prévention par programme. La pluridisciplinarité est dans le texte de 2003, mais elle n'est pas déclinée concrètement dans le fonctionnement du dispositif Santé-Travail.

Pour prendre un exemple : en 73, lorsqu'on descendait dans les mines pour observer les situations de travail et les impacts sur la santé de ce travail, les mineurs expliquaient, alors qu'ils étaient en mauvaise santé « *Moi, je suis malade, mais c'est normal* ». Aujourd'hui, les travailleurs et la société n'acceptent plus la fatalité de la maladie professionnelle et les médias réagissent vite quand on parle de TMS

ou de RPS. Larcher comme Xavier Bertrand, ont compris les enjeux de la Santé-Travail. Ces deux ministres lui ont demandé un rapport orienté sur les enjeux de l'évolution du dispositif Santé-Travail et sur le « *Comment on fait fonctionner des équipes Santé-Travail, quels sont les nouveaux métiers, quels sont les référentiels de compétences et de formations...* ». Ce qui revient à étudier la problématique de la pluridisciplinarité.

Selon le ministre du Travail actuel, une nouvelle loi Santé-Travail sortirait en fin d'année et la pluridisciplinarité serait un enjeu du dispositif qui passerait par des projets, par des programmes Santé-Travail, appliqués à l'entreprise en fonction d'un certain nombre de critères.

Dans l'état actuel des choses, il faut bien prendre conscience que les services de santé sont un dispositif obligatoire pour l'employeur. Ce dispositif doit éviter l'altération de la santé du salarié, accepter le concept de programme de santé dans lequel il y aura une approche collective et une approche individuelle, accepter la problématique pluridisciplinaire. On peut comprendre que ces obligations puissent se télescoper.

Pour l'ensemble des acteurs des SST, le positionnement est de passer du statut de « *consultant/artisan* » à celui de « *salarié* » d'un SST. A partir du moment où l'acteur, par exemple un IPRP, se retrouve dans un collectif de Santé-Travail, il agit en tant qu'acteur d'un collectif Santé-Travail pour une prestation prévue (au départ, elles étaient limitées à une visite médicale mais on a vite compris qu'il n'y avait pas que ça) et cette approche perdurera. Un directeur de service peut être réticent à accepter d'accorder 15 jours d'études de poste pour répondre à la problématique d'une entreprise, car, si l'entreprise a besoin de 15 jours d'ergonome, elle aurait pu faire appel à un consultant.

Dans le rapport, on dissocie la fonction de

« *consultant/artisan* », acteur extérieur du service de santé qui répond à une demande d'entreprise, de celle de « *salarié* » d'une structure qui s'appelle SST. Ce sont ces derniers qu'il faudrait appeler IPRP.

Pour revenir aux ergonomes, le fait d'être consultant/artisan ou d'être salarié d'un SST et d'agir sur une entreprise X doit être analysé, il n'est pas évident d'accepter que l'on ne soit pas dans le même type de réflexion, d'approche, de rendu, d'exigences... La démarche de réflexion peut s'apparenter à celle de l'ANACT et des ARACT avec l'approche des entreprises par le diagnostic court. L'ergonome en SST peut répondre à un problème ponctuel de postes de travail à réaménager. Par contre, pour refaire un atelier complet, un diagnostic de type court peut être proposé par le SST mais la refonte complète d'une chaîne n'est pas inscrite dans son rôle.

Il y a une discussion de fond à engager. Les médecins du travail ont, sans aucun doute, à apprendre pour faire bouger le curseur, mais, du côté des ergonomes, psychologues et autres acteurs, le SST restera un dispositif de prestations à rendre dans le cadre de missions fixées par la loi.

COMPTE RENDU DE LA TABLE RONDE

François Hubault

Je vous propose alors d'engager le débat à partir de cette question. Je la décomposerais en deux points :

Le premier point : les SST sont tenus d'intervenir sur la question de la santé et de la sécurité dans le cadre d'un dispositif réglementaire. Or, ce dispositif n'est pas nécessairement taillé à la mesure des questions qui se posent, souvent plus ouvertes et même plus imprécises. Cadrer d'avance le périmètre des questions de santé est de plus en plus difficile, de sorte que les SST sont amenés à se doter de moyens pluridisciplinaires qui ne sont pas assurés de couvrir

les dimensions de santé-sécurité auxquelles ils vont se trouver confrontés .

Cette tension ne peut pas s'éliminer simplement, elle doit être intégrée par les services dans la mesure où cette tension résonne très directement avec ce que vivent les salariés, dont elle est en vérité une des formes d'expression. La question, alors : quelle forme donner à la pluridisciplinarité dans les SST ?

Le deuxième point : en règle très générale, la préoccupation de la santé est réduite au souci des risques d'atteinte à la santé et ne s'étend que rarement à la question du développement de la santé ; cela renvoie à la question de savoir si les SST peuvent éviter de ne s'inquiéter que des risques « d'atteinte à... ». La question est alors : les SST sont-ils condamnés à s'enfermer dans une pratique de prévention des risques d'atteinte à la santé, ou peuvent-ils promouvoir des projets où il s'agit de développer la santé comme une ressource ?

Bernard Gâisset

Ces deux points sont très intéressants.

En ce qui concerne le premier point, il y a effectivement une tension entre le désir de répondre et les moyens que l'on se donne, qui peuvent nous entraîner au-delà de ce qu'il faudrait faire pour bien répondre. L'objectif c'est, en tout état de cause, prévenir.

Sur le plan du sens du travail, nous sommes d'abord des citoyens et ensuite nous sommes compétents et nous avons à contribuer à un travail collectif. Je m'explique : ce qui peut éclairer la frustration qu'on peut avoir quand on est un grand professionnel (mais cela ne veut pas dire que l'on ne va pas exprimer sa professionnalité), c'est que cette tension se règle avec **un argument social** : il faut que l'on donne à beaucoup de monde. Pour mémoire, en France, nous avons des milliers de petites entreprises et la stratégie aujourd'hui se joue sur les PME et TPE (par exemple : nous avons

55.000 adhérents, dont près de 80 % de petites entreprises de moins de 10 personnes). On est donc obligé de penser, en tant que professionnel responsable, à définir la stratégie du « *Comment les atteindre ?* » ; vouloir y répondre participe au renoncement d'un surinvestissement pour certains. La frustration se paie au prix fort chez certains professionnels si on ne développe pas parallèlement des actions collectives.

La stratégie s'appuie sur le grand professionnalisme qui peut s'épanouir avec les branches professionnelles ou interprofessionnelles. Dans ce cas, il faut conjuguer sa petite frustration sur le terrain et en même temps élever le débat avec des projets plus ambitieux où l'on va entraîner les managers et les représentants des branches dans la culture de prévention. C'est là où l'on peut faire basculer les choses, car ce n'est plus nous qui parlons mais les managers et les représentants « *Par expérience, cela fait des cartons* ». Là aussi, il faut d'autres incitations pour aider l'entreprise sur le plan financier.

En ce qui concerne le deuxième point, je suis totalement d'accord sur cet esprit de promotion. Il y a en effet la nécessaire **promotion de la santé** à faire, mais surtout penser à viser le bien être au travail. Il faut arrêter de parler systématiquement de souffrance au travail et de généralisation de situation à risques. Dans les SST, il y a une réflexion à partager sur une mission de promotion de la santé et d'objectif de bien être au travail. Mais il y a effectivement des conditions à remplir pour le bien-être au travail. C'est très important.

Paul Frimat

On va savoir en Septembre, ce que le politique veut dans les SST. Dans la loi en préparation, un article va définir les missions des SST (pour mémoire : actuellement c'est le médecin du travail qui a des missions). C'est une révolution dans le dispositif de santé. Le politique, tous corps confondus, accepte que les SST fassent partie des politiques de santé et aient des mis-

sions au même titre que l'hôpital, la maison de retraite ...

Dans ses missions, sont effectivement prévus la mise en place de programmes et de suivi individuel mais également l'intégration et le développement d'actions de promotion, de prévention, d'éducation, de formation. Le ministre a également décidé que ce sont les SST qui vont prendre la responsabilité de la traçabilité des expositions, donc des cursus de vie.

En un an de temps, cela a été très vite. Il y a encore quelques années, on disait « *c'est l'assurance maladie qui ne fait rien* ». Puis, il y a eu quelques expériences régionales dans des organisations, telles que les ORST, et on s'est rendu compte que personne ne voulait mettre le doigt dedans et prendre de décision. Et, aujourd'hui, le politique dit « *Arrêtons* ».

A partir du moment où les SST vont avoir des missions à mener, il faudra mettre en place les équipes et les programmes correspondants. Un des enjeux forts réside dans la nomination et la formation des directeurs des SST.

Annie Drouin

Cela veut-il dire qu'actuellement, les directeurs de santé ont été nommés sur des critères qui n'ont rien à voir avec les critères des missions qui sont en train d'être définies ?

Bernard Gaisset

Pour rester positif, ces missions ne consistent pas à donner des tâches à des équipes pluridisciplinaires. Il s'agit plutôt de *donner des missions à des structures* et par voie de conséquence, de mettre en place des critères d'évaluation du fonctionnement de ces structures. En ce qui concerne le mode de management dans les SST, il est complexe et rejoint le terme utilisé par François Hubault sur la gouvernance. Cette complexité doit amener à des comportements du type « *Je ne signe jamais un projet sans avoir la signature de mon médecin-coordonateur* ».

Par rapport à la question initiale qui nous réunit ici « *Comment peut-on faire travailler les ergonomes ?* » et comment prendre en compte leur frustration, rien n'est réglé ; il y a trop de textes qui limitent les modes de représentation des professionnels dans les instances. Je me suis battu pour avoir dans la Commission Médico-Technique (CMT) un représentant par pôle (ergonomie, toxicologie, sécurité, psychosociologie...) et il y a eu des levers de boucliers, car le texte dit « *1 pour 8* » alors que je demandais, ce qui est le bon sens même, un représentant expert de chacun des pôles plus un représentant du service social du travail. La réponse a été « *Non, vous ne respectez pas les textes* » dit un médecin syndicaliste.

Pour moi, il est clair qu'il faut moins de textes, plus d'orientations et la déclinaison d'objectifs avec des critères d'évaluation.

Fabien Parise

Par rapport à ce que disait Paul Frimat, on est complètement dans la problématique. Tous les ergonomes sont formés comme consultants/artisans. Ils se retrouvent dans un SST avec une formation plutôt orientée vers le consulting. Naturellement, on va évoluer vers un travail forcément orienté par le travail du médecin du travail et par une représentation de la médecine du travail. Cela pose la question de la gouvernance et de « *Qui prescrit, qui ordonne, qui pilote* ».

Par rapport aux textes, il y a forcément un lien qui se fait tout de suite. En 2003, les textes ont souligné l'aspect expérimental de la mise en place des SST. Donc, outre le fait d'avoir été des « *sujets d'expérience* », rien n'est clair.

Et pour répondre à l'exemple de Paul « *Ne pas refaire un atelier ? ...* », aujourd'hui encore, je ne sais pas. Quand j'ai un médecin qui va me proposer une intervention de ce type, j'ai du mal à lui dire que je n'ai pas les ressources. Ce n'est pas seulement un problème de « *On peut ou non le faire* » car, quand on a effectivement

beaucoup d'entreprises auxquelles il faut répondre, on est limité par rapport au temps mais également pour mener une intervention au sens ergonomique du terme.

A un moment, on arrive à une contradiction. On a 80 % des entreprises qui ont moins de 10 salariés. Le fait de répondre quantitativement à un maximum d'entre elles et d'y développer l'ergonomie se heurte à deux paradoxes : soit travailler, comme à l'heure actuelle, sur les risques d'atteinte à la santé, soit travailler sur la Santé-Travail que l'on pourrait développer dans une approche et une intervention plus longue.

Cette contradiction mérite d'être débattue. Bernard Gaïssset évoquait la notion de travailler par branche mais dans un SST on se heurte rapidement à une limitation géographique, ce qui n'est pas le cas à l'ACMS qui couvre plus un bassin d'emploi.

Bernard Gaïssset

Justement, il faut raisonner « bassin d'emploi ». Du fait du grand nombre de petites entreprises, la question est « Qu'est-ce que l'on peut faire d'utile par rapport à nos contraintes ? ». On ne va pas demander à l'ergonome d'intervenir sur toutes les situations. On peut aussi avoir de bons professionnels d'un niveau de qualification inférieur qui peuvent faire une première approche, voire des actions de promotion de la santé. Chacun doit être positionné dans son métier mais il faut qu'il ait la capacité, le moment voulu, à passer le relais à plus compétent. En France, on ne sait pas le faire.

Paul Frimat

Juste pour rebondir sur ce point. Je pense que le médecin, au sens large et pas seulement le médecin du travail, est dans la même situation que les ergonomes. De par sa formation, il est calibré pour être libéral. La formation à la médecine du travail a été créée il y a environ 60 ans, et elle a bien des imperfections qui se cor-

rigent petit à petit, et, il faut le rappeler, elle a été créée pour exercer un métier de prévention.

En parallèle, la question qui va se poser aux ergonomes est d'acquérir quelque chose de différent et de se dire « *Je suis formé à être consultant/artisan, mais si je souhaite être salarié dans un SST, il y a probablement des petites choses en plus ou en moins à acquérir* ».

Cela a donc pour conséquence une réflexion à mener sur la formation et sur les métiers des acteurs des SST en particulier. Cela ne me choque pas du tout.

Bernard Gaïssset

Il y a des ouvertures qui vont se créer sur la capacité à coordonner, à créer du réseau, à convaincre des employeurs via des organisations professionnelles pour trouver des leviers de comportements qui sont un autre degré de l'ergonomie. C'est le comment on devient intéressé par la culture de prévention. Comme je le dis à mes collègues « *Je ne suis pas persuadé d'avancer si quand je me retourne il n'y a personne qui suit* », cela ne sert à rien sauf se faire plaisir tout seul. Car, quoi qu'il arrive, c'est l'entreprise qui va prendre ou ne va pas prendre le relais de l'action de prévention.

La stratégie, c'est de repérer, d'évaluer dans le sens de la traçabilité et de susciter une démarche de progrès. Ce qui est fondamental ce sont les « situations » d'exposition à repérer. Qu'est-ce que l'on crée comme système d'information pour que cela devienne une culture, un cercle vertueux, dont l'entreprise peut s'emparer.

François Hubault

Je voudrais revenir sur deux points qui ont été développés dans cet échange.

A travers la description de ce que vous faites à l'ACMS, vous soulignez l'obligation où vous êtes de servir tous les salariés de votre secteur, qui vous pousse à une approche de type popu-

lational plutôt que clinique. Il est certain que cela dessine par avance les termes d'une tension avec les « cliniciens : les médecins du travail - il ya d'ailleurs un conflit toujours vif en médecine du travail entre les approches qui revendiquent de participer d'une clinique et d'autres - et les ergonomes - du moins ceux qui sont formés dans une perspective clinique -. La question est donc de savoir ce que vous faites de « ça ».

D'autre part, Paul nous dit que les décrets qui vont sortir insistent sur l'importance de la traçabilité qu'il va être exigé de développer dans la mission des SST. Cette traçabilité est compréhensible pour l'amiante ou pour d'autres risques toxicologiques, mais « Que signifie la traçabilité pour les TMS et les RPS ? ». "La traçabilité reste-t-elle une préoccupation pertinente pour la prévention de ces risques ?".

Bernard Gaïssset

Je pense qu'il y a un surinvestissement sur certains mots. Comme le dit une grande professionnelle « On parle aujourd'hui de Risques Psycho-sociaux alors qu'avant on parlait de conditions de travail et d'ergonomie ». Je ne dis pas que les RPS n'existent pas, mais il y a un suremploi des notions qui crée une sorte d'éblouissement avec, au bout du compte, une faiblesse d'intérêt pour les vraies causes que sont, notamment, certaines conditions de travail. Il faut analyser. Certes bien des problèmes ressortent de relations interpersonnelles difficiles, mais il faut repérer et régler les problèmes d'ordre collectif de conditions de travail, d'organisation. Cela ne peut se faire sans impliquer le chef d'entreprise et les salariés.

Je crois à la traçabilité car c'est un moyen de pointer les conditions de travail dans lesquelles se trouvent les personnes. Lorsque les conditions de travail sont repérées, cela permet de faire émerger des niveaux de conscience partagés et donc de co-construire des démarches d'amélioration des situations. Sans un système d'information construit sur l'écoute et la prise

en compte de la parole de chacun (le salarié, le médecin, le chef d'entreprise) on ne peut progresser.

François Hubault

Soit. Mais comment le objectiver ? Tant que le risque dérive de relations dose-effet, on peut compter sur une manière d'ingénierisation de la prévention. Si le risque participe des conditions du travail, cela demande de rentrer dans l'activité de travail où se construit le risque. Et là, on rencontre un problème de dimensionnement du périmètre du regard, et du temps que cela peut prendre.

Bernard Gaïssset

Sur la typologie des risques, cela s'appelle la professionnalisation de la prévention. Avec une approche amont (des consensus pour favoriser une harmonisation du repérage), on doit savoir évaluer une situation de risque : son intensité, sa fréquence, sa gravité. En regard, on doit savoir coter le risque résiduel après la prise en compte des actions de prévention. Tout cela se fait très peu dans le pays. Cela peut paraître ambitieux, mais j'y crois.

Paul Frimat

Cela montre bien la nécessité, aussi bien dans la filière ergonomique que dans la filière psychologique qu'il faut, sans doute, réinventer un métier pour cet applicatif Santé-Sécurité-Travail. On est exactement comme en médecine en 46 où au départ ce n'était que des cliniciens. Par rapport à ce qui nous occupe aujourd'hui, on n'est peut être pas tout à fait au même niveau, mais c'est une vraie question.

Il est important que la traçabilité soit dans les SST car cela sera acté et, de ce fait, les responsables et directeurs de SST devront y mettre des moyens. Mais, les médecins (ou le versant Santé) ont besoin des autres acteurs pour pouvoir faire cette traçabilité.

Fabien Parise

Je vois le double versant de mon métier : je

suis ergonomiste de formation et depuis 7 ans, j'ai évolué vers ce côté IPRP. Dans ce métier, j'ai été forcé à m'adapter pour aller vers plus de prévention. La formation universitaire n'a, pour le moment, pas vocation à répondre à la nécessité de s'adapter aux particularités des situations vécues dans les SST.

Par rapport aux TMS et aux RPS, j'ai essayé de faire une approche par risques, par indicateurs, mais ce sont des approches multifactorielles, liées à l'activité et qui suppose un investissement auprès des gens. J'ai essayé de travailler sur une fiche de type Document Unique pour les RPS, mais c'est une mission impossible. Cela demande du temps pour avoir cette approche de l'activité de travail dans un contexte de compréhension globale de l'entreprise. Et on tombe une nouvelle fois, sur le problème de la ressource.

Le pivot de la pluridisciplinarité dans les SST, c'est le médecin du travail qui a fait la prescription et qui est l'interlocuteur de l'entreprise. Cela a certes des avantages mais cela peut amener un dialogue restreint sur le versant santé au détriment du versant prévention. Il y a donc une nécessité à ce que l'ergonomiste en SST devienne le pivot de l'ergonomie.

L'évolution de l'ANACT vers le diagnostic court n'est pas forcément viable dans un SST car le pivot de la pluridisciplinarité, aujourd'hui, est le médecin du travail et que cette forme de diagnostic n'est pas inscrite dans le mode de fonctionnement d'un SST.

L'enjeu est de décloisonner les relations entre les SST et les structures extérieures dans le bassin d'emploi (par exemple : les ARACT...) pour qu'elles puissent prendre le relais auprès des entreprises.

Annie Drouin

Est-ce que cela veut dire que des structures de relais sont à travailler car elles n'existent pas ?

Paul Frimat

Depuis 2004, afin de faire participer l'ensemble des acteurs du SST à ses orientations et à ses choix, la Commission Médico-Technique (CMT), a été mise en place dans les textes. Elle réunit les médecins et les IPRP pour avoir logiquement une vision de coopération. C'est encore trop souvent un Comité d'Entreprise bis où se joue des luttes de pouvoir alors que l'objectif est de favoriser la transversalité des points de vue. La loi en préparation devrait prévoir la modification de la composition et du fonctionnement de la CMT. Un renforcement de rôle est envisagé dans l'élaboration des programmes de santé, à visée collective.

Quand on parle avec les syndicats, ils disent « *s'il s'agit de l'individu, il est logique que ce soit le médecin qui soit le prescripteur* ». Par voie de conséquence, le médecin va prescrire à l'ergonomiste, à l'ingénieur, au psychologue, à l'infirmière sur la problématique de l'individu.

Par contre, si c'est une action de branche, d'entreprise, de collectif, il est souhaité de proposer que les actions que l'on qualifie de collectives, soient discutées en CMT car elle devrait proposer le gestionnaire de projet (médecin, IPRP...). Cela nécessite d'abord que les SST passent à cette culture de programmes, de projets. Et la question reste entière sur « *Quel est le rôle du SST par rapport à une prestation ergonomique pour une entreprise X ?* ».

François Hubault

En quoi la façon dont la CMT fonctionne dépend-elle du directeur ?

Bernard Gaiisset

C'est fondamental. A la CMT, il peut y avoir un double jeu : où on est dans *une logique d'avec* ou dans *une logique de contre*. Ce n'est pas un comité d'entreprise.

Pour le directeur d'un SST, c'est d'abord un positionnement *physique et éthique*. Il doit incarner une capacité de dialogue, d'écoute,

pour faire taire des situations de conflits, qui sont voulues parfois car des personnes interviennent simplement pour exister. Il lui est nécessaire d'adopter une stratégie de communication, de négociation et avoir un sens politique. Il se doit de faire émerger des projets collectifs de santé au travail en impulsant des groupes de travail pluri-professionnels.

Paul Frimat

L'évolution des SST, va s'apparenter à un fonctionnement de type structure de soins hospitaliers, où le directeur général d'un hôpital n'est pas le président du conseil d'administration. Mais, il est quand même le chef d'orchestre avec la CME. Le vrai problème à l'heure actuelle, c'est que les CMT ne fonctionnent pas bien, elles sont plutôt le lieu de jeux de pouvoir alors que cela devrait être le lieu où on discute de tout.

François Hubault

Le syndicat des IPR, a-t-il une bonne vision du fonctionnement des CMT en France ?

Fabien Parise

Je tiens d'abord à préciser qu'il n'existe pas de syndicat d'IPRP en SST proprement dit.

D'un côté, il y a l'AFIST (Association Française des Intervenants en Santé au Travail) qui a été créée pour, dans le cadre associatif, permettre des échanges et des réflexions sur les pratiques entre IPRP de différentes professions et IST (Intervenants en Santé au Travail non habilités), et sur les problématiques (techniques et organisationnelles) spécifiquement rencontrées en SST.

D'autre part, il y a le SNPST dans lequel les différents professionnels pluridisciplinaires peuvent échanger avec des médecins du travail dans un contexte un peu plus d'égal à égal et avoir une réflexion commune sans le poids hiérarchique rencontré dans les services.

En effet, dans certains SST, il y a une notion très forte de hiérarchie et au bout d'un moment, on

tourne en rond dans son travail et dans ses relations avec certains médecins du travail.

Maintenant, une réflexion globale sur les CMT est difficilement envisageable du fait de la variabilité des SST et des médecins qui composent les CMT.

Comme l'a dit Bernard, cela dépend de si on est dans une logique du « pour ou contre », autrement dit « avec ou sans les autres ».

Par exemple : si je suis confronté à un médecin qui me demande d'intervenir dans une entreprise de 400 salariés pour accompagner une réorganisation d'atelier, nécessitant 15 jours d'intervention, qu'est-ce que je fais ?

Soumettre ce projet là à la CMT c'est une idée géniale dans la forme car derrière, les enjeux de pouvoir et de relation font que ce n'est pas forcément le médecin qui a fait la demande qui va être priorisé (vis-à-vis de la ressource « ergonome »), pas plus que l'entreprise demandeuse, ni la santé, et encore moins le Travail !

A la CMT, les médecins sont élus pour prendre en main les projets et être force de proposition dans l'intérêt du collectif. Dans la réalité, c'est malheureusement trop souvent les intérêts personnels qui priment.

Il existe aussi certains services (cas mis en avant sur Ergoliste) où presque toutes les demandes d'intervention, y compris en ergonomie, sont transmises, via les médecins du travail, à la CMT qui va procéder à une analyse de la demande.

Cela alourdit le processus et en même temps, enlève une prérogative à l'intervenant et par exemple, pour l'ergonome, de comprendre ce qui s'y joue, de comprendre ce qui se passe et comment éventuellement répondre à l'entreprise.

François Hubault

Je voudrais aborder la question du modèle

économique de ces structures en n'excluant pas la viabilité économique y compris financière d'une organisation qui a des contraintes.

Il existe une tension entre la ligne hiérarchique, qui organise a priori la dévolution des moyens et le reporting, et la gestion opérationnelle des projets qui s'échappe toujours de la ligne hiérarchique et met le « bazar » dans l'organisation. Si ce n'est pas compris des personnes, cela devient générateur de coûts. Inversement, dans le modèle de l'économie de la connaissance, qui en comprend le processus, cela crée de la valeur.

Comment voyez-vous la viabilité économique de la pluridisciplinarité telle qu'elle s'annonce avec les textes en préparation ? Quelles options doivent-elles être prises dans les organisations ? Comment le chef de projet, quel que soit celui que l'on désignera au cas par cas dans le cadre de la CMT, pourra-t-il être dans la capacité de solliciter les ressources ad hoc en fonction des questions à traiter ?

Bernard Gaisset

Cela interroge... car si l'on donne ses missions aux SST, cela implique qu'ils se construisent sur quelque chose.

Par exemple pour imaginer : avec mes équipes, j'ai fait un schéma inspiré d'un temple grec. Le temple avec au sommet son fronton, deux grandes colonnes et un soubassement. Le fronton c'est un projet à 5 ans, ce qui me semble être une nécessité pour n'importe quelle structure.

Un management se doit d'être en capacité de se projeter à 5 ans. Sinon cela va générer inévitablement des RPS à l'intérieur de la structure. L'absence d'avenir est anxiogène. Les professionnels ne vont fonctionner que par des actions en réactions à court terme.

Donc, si je reviens à la métaphore du temple grec :

1. Il y a un fronton : c'est le projet à 5 ans où l'on fait un effort pour se projeter et voir ce que l'on devient.
2. Il y a deux colonnes :
 - a. La colonne organisationnelle : le qualitatif avec des groupes pluridisciplinaires et un comité de pilotage qui s'interrogent sur « Comment je peux repérer mes dysfonctionnements ? » « Comment peut-on mieux s'organiser en permanence » ; c'est la **démarche de progrès**.
 - b. La colonne gestion des emplois et des compétences (GPEC) ce sont les compétences, la gestion des emplois, c'est-à-dire « Comment évolue les métiers ? ».
3. Il y a un soubassement qui consiste à faire un diagnostic territorial de santé : c'est élaborer des critères pour adapter le projet à 5 ans au niveau local.

Ce diagnostic s'élabore à partir des données d'exposition repérées dans le bassin d'emploi et des informations qualitatives connues par les professionnels. Les critères pour l'instruire et adapter le projet à 5 ans au niveau local, correspondent à l'acronyme suivant : ECAL

«E» : Quelles sont les structures Environnementales de ce bassin d'emploi par rapport aux ressources de ma propre structure ? Il peut y avoir l'ARACT (qui est parfois présente), des entreprises, les équipes de la CRAM, des représentations des organisations professionnelles et salariales....

«C» : Quelles sont les Compétences disponibles ?

«A» : Quelles sont les Activités qui sont réalisées par l'équipe de secteur

«L» : Quelle est la Logistique dont on dispose?

Dans notre structure, nous avons fait appel à Damien Cru entouré d'une équipe pluridisciplinaire pour élaborer la méthodologie du diagnostic. L'objectif c'est de définir un projet d'offre en santé au travail adapté aux besoins locaux. Dans un second temps il faudra le faire valider, adapter les ressources humaines et les profils de compétence en tenant compte de la

chute du temps médical.

L'enjeu, c'est de trouver la bonne maille.

Paul Frimat

La maille est déjà dans le règlement. Le secteur, c'est 6 équivalents temps plein pour 18 à 20000 salariés. La question est « *Est-ce que la maille à 20.000 est la bonne ?* ». Certains directeurs pensent que ce serait mieux si le secteur était doublé (soit une maille à 40.000 salariés environ).

Un autre point, c'est de tenir compte des emplois primaire et tertiaire car cela a une incidence sur les ressources à mettre à disposition.

François Hubault

Pour une structure qui a la charge d'un bassin de 20.000 salariés, est-ce que c'est économiquement viable ? Quelle est l'échelle qui serait viable avec des compétences additionnelles formées ?

Bernard Gaisset

Non. C'est la maille micro pour travailler. Pour que la structure soit économiquement et professionnellement viable, il faut qu'elle couvre, à mon avis, au moins 100.000 salariés (soit 5 mailles).

Paul Frimat

Je suis d'accord avec ces 100.000 pour avoir des services suffisamment gros. Dans le Nord Pas de Calais, nous étions 19 services inter entreprises et nous sommes en train de passer de 19 à 4 dans les 4 années qui viennent. On va vers une mutualisation de services. Le ministre a parlé de services régionaux.

La Lozère c'est moins de 10.000 salariés et il y a deux services médicaux inter entreprises et on se pose la question « *Comment fonctionnent-ils ?* ». Quand les regroupements régionaux sont trop importants (par exemple : en Rhône Alpes...), le découpage ne devrait pas être cal-

qué sur les départements mais sur l'organisation en fonction du bassin d'emploi avec des réseaux

Annie Drouin

Actuellement, la maille est de 20.000. Dans les SST, émergent des problèmes de fonctionnement, de reconnaissance des uns et des autres, de compétences. Si avec les textes, la maille monte à 100.000 et qu'il n'y a pas de réflexion sur ce qui va se passer dans le mode de fonctionnement des SST, cela ne va rien régler mais amplifier les dysfonctionnements.

Paul Frimat

Le problème qui va se poser, c'est que si je prends un service de 100.000 salariés, il faudrait actuellement environ 30 Médecins du Travail. On peut envisager un dispositif avec 20 médecins, 15 infirmières, 6 assistantes, 3 ingénieurs, 2 ergonomes et quand on discute avec les directeurs de SST, on sent bien que leurs demandes et celles des employeurs est de dire « Je n'ai pas besoin d'un ergonome, j'ai besoin d'un technicien en ergonomie et non pas d'un ingénieur ».

Il y a une vraie question pour l'ergonomie « *Est-ce que je forme des ergonomes artisans avec un applicatif SST ?* » ou je trouve inadmissible que l'on demande, comme aux médecins du travail qui ont fait X années d'études, d'appuyer sur 3 boutons pour prendre des mesures.

Bernard Gaisset

Pour moi, il y a deux niveaux : technicien et ingénieur en ergonomie.

Fabien Parise

Dans la communauté des ergonomes, on n'a pas conscience de cette différence de statut entre technicien et ingénieur. Et si on en a conscience, c'est rejeté en bloc, soit on est ergonome, soit on ne l'est pas.

Dans un SST, à partir du moment où un technicien HSE va faire de la « métrologie ergono-

mique », il va quelques fois être considéré et/ou se considérer comme un technicien de l'ergonomie. D'autre part, il existe des ergonomes (bac+5) qui sont réduits à un rôle de « technicien ergonomiste », soit par l'activité qu'ils développent (métrologie...), soit par leur statut (non cadre).

Au départ, c'est difficile à accepter mais quelques fois, on finit par accepter, car c'est la réalité quand on doit répondre à 50 ou 100 demandes de médecins et/ou des entreprises qui ont essentiellement ce type de commande.

Annie Drouin

Justement, par rapport à cette question sur la métrologie. Lorsque que j'étais à la médecine du travail d'EDF, on intervenait ensemble, médecin/ergonome, et souvent la part métrologie était très importante. Un consensus s'établissait sur le partage de l'intervention, la métrologie maîtrisée par le médecin (car certains avaient des appétences pour ce type d'intervention), l'observation par l'ergonome sans que cela remette en cause notre collaboration et nos compétences respectives.

Or, ce que j'entends dans cet échange, c'est que maintenant, ce ne sont plus les médecins qui mettent la main à la pâte en métrologie mais qu'ils se « déchargent » sur les ergonomes qui deviennent des assistants techniques.

En fait, pourquoi parle-t-on de techniciens ergonomes ?

Fabien Parise

Le plus souvent, ce sont des Techniciens Hygiène et Sécurité (THS) mais ce n'est pas le même métier. On est au cœur du débat « Est-ce que ces techniciens HSE font de l'ergonomie ? ». Lorsque j'ai pris contact avec François Hubault, j'ai insisté sur la notion d'ergonomie de langue française avec au centre l'analyse de l'activité.

Au sein de la SELF, il y a des médecins du tra-

vail qui font aussi de l'ergonomie tournée vers la métrologie. « Est-ce ou pas de l'ergonomie ? ». Certainement que oui : la Société d'Ergonomie de Langue Française est avant tout une société Française d'Ergonomie où tous les courants sont représentés.

L'idée est donc de faire valoir l'approche clinique du travail en SST, là où la vision des médecins/directions sur l'ergonomie est souvent réductrice à de l'analyse de poste, métrologie ou normative.

Là où le problème se pose réellement, c'est sur les ressources à mobiliser pour développer cette idée. Il est beaucoup plus simple (en temps et en coût) de recruter massivement des THS pour leur faire faire de la métrologie ergonomique que de développer l'approche clinique du travail, plus chronophage.

Cela repose le problème du rôle et de la place de « l'ergonome de proximité » (de SST) : comment dimensionner ses interventions ?

François Hubault

Il me semble que toute la question, y compris dans les mots, tient à la nécessité des médecins du travail de lâcher la clinique médicale de leurs confrères en ville ou à l'hôpital sans pour autant abandonner une pratique clinique dans l'analyse et dans le suivi des populations au travail. Cela risque d'être le cas avec le changement de maille.

Symétriquement, pour les ergonomes c'est la même question. Les ergonomes sont plutôt formés à une approche clinique. Mais par rapport aux problématiques traitées dans les SST, ils auraient également à lâcher cette approche clinique pour la métrologie.

La question est alors : « Comment l'évolution des questions de santé convergent-elles avec l'évolution des systèmes de santé ? ». En effet, si l'évolution des questions de santé est de plus en plus posée en termes d'activités et que les

SST s'éloignent de cette approche, pour toutes les raisons que l'on veut, alors la réforme, qui vise à permettre une meilleure convergence dans la prise en charge, peut rater son objectif.

Paul Frimat

En 2004, les médecins ont été extrêmement réticents sur les évolutions par programmes par projets. Ils avaient la sensation d'être dans une démedicalisation du système. Ils étaient accrochés à la sacro-sainte visite médicale et le simple fait de la programmer tous les deux ans, cela représentait une perte du lien individuel... ce qu'il ne fallait pas méconnaître.

Pour les ergonomes, la question est la même «*Dans un SST, il ne faut plus raisonner : mon interlocuteur c'est le médecin, mais raisonner équipe* ». Par exemple : si une équipe dans un programme X doit suivre 50 boulangers, certains seront suivis par les médecins, d'autres par l'infirmière.... L'idée, c'est de maintenir une rencontre régulière, au sens clinique du terme, mais plus forcément par le médecin.

Il y a 30 ans, les médecins étaient des médecins généralistes en entreprise, avec toutes les qualités et les défauts de ce système. Ensuite, on leur a demandé de faire du tiers temps et de s'occuper des conditions de travail. Maintenant, on leur demande de continuer et en plus, de gérer des programmes intégrant la notion de population et d'individu.

Le problème est qu'ils ne sont pas formés à cette nouvelle approche et que certains d'entre eux ne se sentiront pas à l'aise dans ce rôle de gestion d'équipe et plus à l'aise dans une activité orientée clinique individuelle. Pour ceux qui seront partants, ils vont gérer un collectif et s'orienteront vers une démarche de branche. Les médecins vont devoir apprendre à communiquer, négocier.

Par contre, le médecin sera toujours le représentant Santé vis-à-vis de l'entreprise. La question est « *Pourquoi seul le médecin irait ?* ».

Pour aider l'entreprise dans sa problématique d'évaluation du risque, cela pourrait aussi bien être un assistant, un IPRP pour ensuite, ensemble, mettre en place un programme d'action vers cette entreprise.

François Hubault

Pourquoi la santé serait-elle « réservée » au médecin dans un service de santé-sécurité ? C'est plutôt la médecine qui est représentée par le médecin. Par ailleurs, il me semble que dans les SST, la dimension sécurité est totalement évacuée.

Paul Frimat

Dans l'état actuel des choses, les partenaires sociaux ont l'impression que c'est plus sécuritaire si c'est le médecin qui est le « pivot » au sens de Xavier Bertrand et le « coordonateur » au sens de Larcher.

Il y a effectivement toute une réflexion à mener, car être le pivot ou le coordonateur, cela ne veut pas dire la même chose... mais il n'y a jamais eu de « pensée hiérarchique » comme le susurrent les opposants au niveau dispositif.

François Hubault

Je suis bien d'accord. Mais, le modèle d'économie de la connaissance et la pluridisciplinarité, sont parfaitement incompatibles avec une organisation purement hiérarchique des rôles. C'est là un point de tension qu'il faudra considérer entre la pluridisciplinarité et l'organisation qui ambitionne de la soutenir.

Paul Frimat

Le mot pluridisciplinarité n'est pas perçu de la même manière selon les organisations syndicales, le MEDEF... Quand on discute avec eux sur le contenu, ils y mettent des choses très différentes.

La pluridisciplinarité, c'est aussi « *Comment on gère l'équipe ?* » et « *Comment chacun y trouve sa place ?* ».

Pour prendre l'exemple de la formation en

ergonomie : est-ce que dans les filières de formation qui sont par définition Bac+5, donc ingénieurs, il est envisagé de créer de nouveaux métiers qui seraient une réponse à des demandes réelles des SST ?

C'est effectivement le cas des BTS Hygiène Sécurité qui ont très vite compris et qui proposent des licences Pro que les SST vont acheter.

Fabien Parise

Dans le cas d'un licenciement d'un ergonome dans un SST mais qui n'est pas le seul dans cette situation, il y a eu immédiatement à la suite l'embauche d'un Technicien Hygiène Sécurité (THS).

L'un des motifs de ce licenciement est le fait qu'il n'avait pas suffisamment fait d'interventions. Or, les demandes viennent des médecins du travail, et, dans la majorité des SST, l'ergonome IPRP n'a pas la possibilité d'entrer en interaction avec l'entreprise.

Bernard Gaïssset

Il faut rappeler que le chef d'entreprise a des obligations en matière de santé et de sécurité au travail. Il doit rédiger le **Document unique** d'évaluation des risques et s'engager sur un plan de prévention. Nous devons l'aider à accomplir cette obligation.

La fiche d'entreprise c'est notre moyen de l'aider. C'est un outil que nous devons produire impérativement. Elle doit servir de conseil en prévention pour l'entreprise. Elle peut être d'ailleurs un pré-document unique si elle est construite en étroite liaison avec le chef d'entreprise et les salariés.

Dans le plan à 5 ans, il y a l'objectif de fournir à tous les adhérents une fiche d'entreprise. Lorsque nous avons créé la Direction de la Coordination Pluridisciplinaire (DCP) elle a été mise sous l'autorité d'un ingénieur. Les intervenants en prévention sont sous son autorité technique. Ensuite, les préventeurs se

déploient géographiquement dans les centres et se soumettent à l'organisation du secteur.

Il y a une tutelle technique et une organisation locale.

Nous avons une approche qualitative mais aussi quantitative. Pour le quantitatif, il est nécessaire de s'organiser. Par exemple, on ne va pas demander à l'ergonome de faire la fiche pour une entreprise de 3 personnes. Nous faisons appel à *une assistante technique* qui fait un premier travail de recensement.

Dans notre plan à 5 ans pour suivre 20.000 salariés l'équipe actuelle de secteur est de 13 professionnels : 6 médecins, 6 secrétaires médicales et une assistante sociale/responsable administrative.

Dans moins de 5 ans la structure-type deviendra : 4 médecins, 4 secrétaires médicales, 2 assistantes techniques, 1 IPRP technicien, une assistante sociale et une responsable de secteur. Un niveau central d'appui permet de disposer de l'ergonome, de l'ingénieur de sécurité, du toxicologue, du psychosociologue. Il est clair que si nous avons moins de 4 médecins il faudrait l'appui d'une ou deux infirmières.

Je vois deux grandes missions des services :

- D'une part la contribution aux orientations de la COG (Convention d'Objectif et de Gestion-Etat /CAT AT/MP) adoptées par les partenaires sociaux (notamment Intérim, risque CMR, prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi) et aux priorités du Plan Régional de Santé au Travail (notamment risques psycho-sociaux, TMS, travail de nuit, âge et santé au travail...)
- D'autre part la réponse aux besoins identifiés des adhérents dans les bassins d'emploi en s'assurant des compétences.

La Commission Médico-Technique doit se positionner à travers des projets.

La future Commission paritaire spécialisée du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) serait en droit de contractualiser sur ces projets avec le service.

Paul Frimat

Pour les médecins du travail, ils ont souvent confondu indépendance et autonomie, ce qui est aussi le cas des ergonomes. A partir du moment où il y aura des missions et une contractualisation des SST, et que la CMT orientera des choix et des actions qui n'iront pas totalement dans le sens de chacun des acteurs, il y aura bien évidemment perte mais aussi compromis, aussi bien pour les médecins que pour les ergonomes. L'aspect libéral, artisan propre à leur discipline du fait qu'ils seront salariés d'un SST, doit s'effacer face à la démarche collective du SST dont ils sont les salariés... mais pour autant, ils n'ont pas perdu leur indépendance et doivent exprimer leur positionnement afin que la CMT, dans certains cas, tranche.

François Hubault

Il faut rappeler que les médecins du travail ne sont pas des libéraux ; les ergonomes qui travaillent dans les SST non plus...

Je voudrais demander à Fabien de réagir à ce que vient de dire Bernard. Son analyse fait-elle écho à la tienne ? Y retrouves-tu ce que tu peux voir de l'endroit où tu es, à la fois la structure où tu travailles et l'association des IPRP ? Pour toi, quel est l'état des lieux ?

Fabien Parise

Dans un certain nombre de services où il n'y a pas la taille critique, cela fonctionne bien, mais également dans certaines fédérations de Santé au travail, à l'ACMS...

Cette notion de répondre par cause ou par bassin d'emploi est tout à fait pertinente. J'aurai une question : est-ce que la fiche d'entreprise serait rédigée de manière collective ? Car actuellement, on ne peut pas dire que cela soit répandu.

François Hubault

Quelle est l'influence possible réelle des ergonomes internes des SST sur la contractualisation et les missions ? Ont-ils vraiment un espace de jeu ?

Bernard Gaisset

Tu poses la vraie question, ce qui fait la reconnaissance, c'est la compétence, le niveau de formation. L'indépendance c'est d'abord la compétence. L'expertise c'est l'autorité naturelle d'un certain nombre de professionnels.

La prévention passe par nature par un travail collectif. Cette émergence du travail dans un collectif, c'est toute l'ambition et également toute la difficulté. Le médecin est le seul qui peut porter la « synthèse ». Il doit être informé des actions des intervenants en sachant reconnaître l'apport des pluridisciplinaires dans l'amélioration des conditions de travail.

François Hubault

J'ai juste une réserve : en amont de la compétence, il y a le projet sur lequel elle va être engagée. On peut avoir toutes les compétences du monde, si elles concernent des sujets sur lesquels le SST ne veut pas s'engager, elles ne servent à rien. Autrement dit, en amont de la question de la compétence des ergonomes, il y a la question de la stratégie de la structure pour aborder la santé.

Bernard Gaisset

Nous souhaitons donner à chaque citoyen sa situation d'exposition au travail dans la durée. Demain, cette situation d'exposition peut très bien figurer dans "sa carte Vitale". Je pense que cela donnera plus de pertinence à la prise en charge médicale. Par ailleurs au plan économique, la réactivité des entreprises à la compétitivité est liée pour une bonne part à la qualité des conditions de travail. Car sans suffisamment d'entreprise il n'y a plus de garantie de protection sociale.

Paul Frimat

Le premier enjeu, dans les SST, comme on vient de le dire, c'est de prendre en charge les TPE/PME qui représentent 80 % des adhérents : quels sont leurs besoins de santé et comment y répondre.

Le deuxième enjeu, c'est l'employabilité, la problématique de la gestion des âges et du maintien dans l'emploi. C'est un énorme enjeu pour la Santé-Travail car derrière, c'est le développement économique. Et les SST ont des choses à dire. Les ergonomes, les IPRP ont des choses à dire, mais ce sont d'autres approches des métiers.

Bernard Gâisset

Il y a les 5 compétences qui sont la Sécurité, l'Hygiène industrielle, l'Ergonomie, la Psychosociologie du travail, la Médecine du travail et j'ajoute le Service social du travail. Pour les SST de 100.000 salariés, il faut qu'ils aient ces 6 compétences.

Paul Frimat

En l'absence de procédure réelle d'agrément, on peut se retrouver avec des services où on aura un médecin qui fera de la pseudo-ergonomie, un ergonome à qui on va demander de faire tout et un peu n'importe quoi.

Il est nécessaire de prévoir par secteur, il y a un noyau de base et à partir du moment où on a un bon service, on peut mutualiser un deuxième niveau. En région Nord Pas de Calais, on est en train de se dire que l'on va utiliser l'ISTNF au sens associatif du terme, pour mettre en place un troisième niveau d'expertise de type recherche-développement. C'est ce chaînage qui mérite d'être construit.

Annie Drouin

Si on a ce noyau plus des compétences de deuxième ou de troisième niveau en fonction de la maille, les critères d'évaluation vont être des critères de traçabilité avec des indicateurs quantitatifs (par exemple : ce que l'on a pro-

duit, quels services ont été rendus et comment). Le problème de la traçabilité dans les grandes entreprises, c'est que les critères quantitatifs sont en général réducteurs d'une réalité.

Paul Frimat

Dans le cadre de la procédure d'agrément, comme il a été prévu une accréditation pour les hôpitaux, j'ai proposé une certification pour arriver à une accréditation... mais le Ministère du Travail ne souhaite pas aller trop vite.

Bernard Gâisset

Il faut avoir de l'ambition sur les compétences. Il faut conjuguer le qualitatif et le quantitatif. On ne peut pas donner des conseils à des entreprises si on n'est pas soi-même accrédité. Accréditer, c'est recevoir du crédit et avoir obtenu d'un tiers expert une reconnaissance.

François Hubault

Pour revenir à la pluridisciplinarité, elle est prévue dans les textes pour se décliner sur 5 fonctions et l'homologation des structures passe par le fait qu'elles ont au moins 3 fonctions « noyau ». Il apparaît donc que la pluridisciplinarité interne à un SST doit s'accrocher à un système pluridisciplinaire et territorial extérieur en fonction des questions qui sont posées à l'échelle du bassin d'emploi.

Selon vous, les structures en place ont-elles aujourd'hui plus de difficulté pour construire la pluridisciplinarité avec d'autres acteurs que pour la construire en interne ? Est-ce que la friabilité de leurs relations avec d'autres structures crée la même donne pour le positionnement des ergonomes (dans un statut d'ingénieur ou de technicien) dans les structures à 1 maille et à 5 mailles ?

Bernard Gâisset

Il faut qu'il y ait au moins un ergonome de très bon niveau pour animer et être le référent des secteurs. C'est fondamental.

Paul Frimat

Si on reste sur la problématique régionale à 100.000, il faut obligatoirement un ergonome et peut être 2 ou 3 techniciens en métrologie, en acoustique....

Il y a encore au moins la moitié des services qui sont dans la logique de la visite médicale. A la dernière réunion du CISME où Xavier Darcos est venu, on a bien vu les présidents et les directeurs prendre conscience qu'il y avait un pan complet de services qui attendent la loi pour modifier leur fonctionnement et que s'ils voulaient rester en place, il fallait qu'ils se déplacent. Ceux qui se sont déplacés, font des regroupements, des mutualisations.

Maintenant, l'Etat regarde les services qui vont être dans les bonnes cases. La question est sur le « *Comment l'Etat va exercer le contrôle ?* », il est nécessaire et fondamental.

Bernard Gaisset

Quand on parle de territoire, il faut impérativement engager des partenariats. Il y a deux mots importants : **pluridisciplinarité et partenariat** pour mettre au service des entreprises des compétences médicales, techniques et organisationnelles.

Dès mon arrivée à l'ACMS, nous avons fait une convention avec la CRAMIF (dans une logique de conseil et non plus de contrôle), avec l'ARACT, et lancer des actions avec des branches professionnelles.

François Hubault

Y a-t-il des acteurs qui ont vocation à être responsables de la mise en place de ce dispositif de partenariat ? Y a-t-il des institutions, dans la fonction d'animation du territoire, qui doivent être pointées ?

Paul Frimat

L'Etat est forcément le garant. Suite à la RGPP, c'est la Direction Régionale de l'Entreprise, de la Concurrence et de la Consommation, du

Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) qui sera le chef d'orchestre. La gouvernance de la Santé-Travail va se jouer régionalement. L'enjeu de cette gouvernance est la reconnaissance des Commissions Régionales de Prévention des Risques Professionnelles (CRPRP) dans lesquelles sont représentés actuellement à 50 % l'Etat et à 50 % les partenaires sociaux.

La CRPRP a été mise en place en 2004 pour suivre le plan Santé-Travail. Nous avons proposé de la transformer en ARST (Association Régionale de Santé-Travail) et de modifier la représentativité, en s'interrogeant sur la nécessaire mise en place des partenaires sociaux et sur l'éventuelle remise en cause des 50 % de l'Etat.

L'idée serait que les ORST (Observatoires Régionaux Santé-Travail) actuels arrivent dans les CRPRP pour avoir une vraie gouvernance régionale sur la problématique des TPE et PME.

Au niveau national, le lien, c'est le COCT (Conseil d'Orientation des Conditions de Travail) qui est un conseil supérieur des professionnels sur la politique de santé au travail. Et pour revenir à la contractualisation, le gouvernement pense qu'il serait normal que le COCT dise, par exemple « *Cela nous intéresse de travailler sur tel ou tel problème* » et que cela soit décliné régionalement par les ARST.

Bernard Gaisset

Les questions qu'il faut se poser « *Quelle est la capacité du DIRECCTE à jouer le chef d'orchestre pour impulser une dynamique de prévention coordonnée au niveau de la région ?* » « *Comment favoriser les partenariats, l'organisation de l'offre des services ?* »

François Hubault

On ne peut pas approfondir les questions que l'on se pose sans regarder si le contexte fait ressources ou pas. Pour une ARST, on voit très bien que, selon que s'applique la règle 30/30/30 ou 50/50, on ne sera pas exactement

dans le même jeu ; selon le type de lien qu'elle aura ou pas avec une instance nationale (par exemple, COCT) cela change tout.

On voit qu'il y a, de fait, une politique nationale déclinée localement par une reprise des jeux d'acteurs, par une hiérarchisation des priorités et qui se traduit enfin par des compétences au niveau local.

Bernard Gaisset

C'est un idéal organisationnel. Il faut rappeler que **la prévention se fait dans l'entreprise**. Cela nécessite de faire mûrir les compétences du réseau des 300 SST, installés territorialement dans une trame atomisée qui est une vraie richesse pour notre pays. Donc, il est important d'évaluer et d'appuyer le niveau d'accréditation et la démarche de progrès des SST.

François Hubault

Y a-t-il des exemples étrangers intéressants du point de vue de cette question, ou est-ce que la France est encore une exception ? Est-ce qu'un modèle européen se dessine ?

Paul Frimat

En Belgique, l'édit royal autorise l'entreprise à remettre en cause annuellement son adhésion à un service de santé. A partir du moment où les entreprises peuvent passer d'un service de santé à l'autre, il est difficile pour ces services d'élaborer un plan à 5 ans.

Le système canadien est essentiellement axé sur la santé publique. Le système américain est uniquement assurantiel.

Pour l'Europe, quelques membres du parlement européen, sous prétexte de crise économique et de crise, sont en train de dire « *Il ne faut plus de santé-sécurité en dessous de 10 personnes dans les entreprises* ». C'est un vrai risque. En France on se protégera et on dira que c'est un gain, mais cela interroge sur le plan conceptuel sur ce que peuvent dire des élus du peuple européen.

En 85, j'étais à Athènes. Ils voulaient développer la sécurité pour les TPE et les PME. Seule, la France a pu répondre car elle avait un dispositif qui pouvait descendre en dessous de 10 salariés dans une entreprise. On a un savoir intéressant et des réseaux qui sont construits... Il faut le faire savoir, le valoriser, le renforcer.

Bernard Gaisset

Il faut que l'on soit présent au niveau européen pour faire connaître à nos partenaires européens, nos avancées, nos interrogations mais aussi nos modèles et naturellement être attentif aux approches des autres. La France dispose d'un tissu de très petites entreprises. C'est plus difficile de déployer une dynamique générale en dessous de 10 salariés par entreprise en prévention santé et sécurité.

Chaque fois que la prévention se fait c'est un modèle de compétitivité. Quand je vais au trophée de l'assurance maladie où l'on prime des entreprises qui ont été acteurs dans la prévention, on s'aperçoit que celles qui ont le plus résisté dans les moments de crise, c'est celles qui ont fait des efforts internes de réflexion sur l'ergonomie, sur leur manière de travailler. Qui dit compétitivité dit emploi, donc ressource en cotisations sociales, assurance maladie et protection sociale.

François Hubault

Pour revenir vers les ergonomes, je m'adresse à Fabien. As-tu le sentiment que dans les SST, les ergonomes sont porteurs d'une ambition, ou est-ce qu'ils sont plutôt dans le cas de subir, et de se plaindre ?

Fabien Parise

Par rapport à leur marge de manœuvre, il y a une dépendance très forte avec l'organisation du travail du SST, avec les projets, avec les médecins du travail et avec la CMT. Tout cela présente autant de déterminants qui vont faire que l'on va évoluer différemment.

Il y en a qui vont résister, parfois trop fortement

en restant sur une position d'ergonomes consultants et on se rend bien compte que cela ne marche pas car on est souvent en conflit avec les médecins du travail qui demandent des études de postes et une aide pour le maintien dans l'emploi et qui ne comprennent pas toujours que l'ergonomie peut aussi se traduire par des interventions plus longues.

A l'autre extrémité, il y a les ergonomes qui vont un peu trop s'intégrer à ce système. Ce comportement instaure une réponse simple à la prescription, voire à la commande où il n'y a plus d'analyse de la demande et donc de métier d'ergonome. On entre dans une forme d'abattage. C'est une forme de paix sociale pour éviter la confrontation permanente avec le médecin et avec la direction. Elle génère une souffrance, car la question qui se pose est « Est-ce que je suis encore ergonome ? ».

Quand le réseau a été créé, ces deux tendances coexistaient et aujourd'hui, ces deux pôles extrêmes sont toujours présents et les ergonomes se retrouvent ballotés entre les deux et dans une recherche permanente de compromis.

C'est un métier, une fonction qui se construit avec le temps. La vraie question qui est posée à la communauté « Est-ce qu'un ergonome qui a un bac+5 doit ou non faire de la métrologie ? ».

Quand je suis arrivé, un ergonome d'un autre service m'a donné le conseil suivant « Ne dis pas que tu sais faire de la métrologie du bruit car tu vas mettre le doigt dans l'engrenage et tu vas être complètement happé ». Je suis donc parti de ce principe et je n'en ai jamais fait.

Aujourd'hui, il y a des ergonomes qui sont amenés à en faire, et on voit sur Ergolist, des réactions très violentes par rapport au technicien en ergonomie.

On a peut être besoin d'une réhabilitation, sinon d'une reconnaissance d'un niveau intermédiaire en ergonomie, qui permettrait aux uns et aux autres de s'y retrouver entre une ergonomie de pilotage de projets et une ergonomie d'études de postes.

Annie Drouin

Cela m'interroge. Un technicien, c'est quelqu'un qui maîtrise une technique. Pourquoi des ergonomes acceptent-ils d'être appelés de cette façon ? C'est une aberration de leur part et je ne vois pas pourquoi ils en font porter la responsabilité aux médecins. C'est une vraie question qui se pose à la communauté. Il faut peut être savoir dire « non » intelligemment ou tout simplement négocier pour donner à voir un point de vue sur cette question.

Fabien Parise

Certains ergonomes résistent à 100 % dans les SST. Mais si dans un SST, il est dit l'ergonomie « C'est la métrologie et pas autre chose », si l'ergonome n'est pas d'accord, il reste au chômage.

François Hubault

C'est important que tu dises que camper une position d'ergonome consultant dans un SST, c'est aller à l'échec. Il faut que cela soit mis en débat.

Le premier point : il me semble qu'il faut mettre en débat la pertinence de développer des niveaux de compétences différents en ergonomie. Autrement dit, instruire le débat entre l'idée que les compétences sollicitées et attendues en ergonomie c'est tout ou rien, et celle qui imagine un chemin plus gradué.

Le deuxième point : je suis embarrassé par les termes de technicien et d'ingénieur. Soit c'est un titre, un niveau universitaire, soit c'est une compétence. Mais même si c'est un titre, on ne peut pas s'empêcher de convoquer l'image de la compétence qu'il sollicite. Le choix du mot ingénieur pour désigner un niveau qui est très

généralement partagé au delà des ingénieurs, n'est pas neutre. Le terme ingénieur renvoie à une ergonomie comprise comme une ingénierie pour se mettre (où imaginer se mettre ?) à un niveau comparable et jouable avec les autres ingénieurs : cela peut être une stratégie RH pour rendre les ergonomes dignes et fréquentables, mais n'est-ce pas alors contradictoire avec l'idée que l'ergonomie est porteuse d'autre chose, et généralement aussi, autrement ?

Fabien Parise

En tant qu'IPRP, ils utilisent le terme ingénieur qui a un niveau Bac+5 et le terme technicien pour le niveau 3, quelle que soit la discipline.

François Hubault

Au-delà de cette querelle sur le terme d'ingénieur ou de technicien, ce qui se joue c'est de

s'inscrire dans une conception clinique de l'ergonomie ou pas. Et, par voie de conséquence, le statut et le contenu de l'activité de travail dans l'intervention.

Ce n'est pas simplement une question de spécialité, c'est une question de perspective de travail. L'approche IPRP, c'est une question de regard.

Dans les SST, l'enjeu en effet se pose en termes de convergence et d'articulation des regards et pas seulement d'implémentation des dimensions. Cela relève donc d'une gouvernance. Je pense que les tensions dont nous parlons, proviennent principalement du fait qu'elles ne sont pas explicitées ni discutées. Elles passent sous la table et on les récupère sous des formes plus ou moins individualisées.

INFO

Date limite de réception
de vos textes ou informations
pour le bulletin n°160
décembre 2010
le 10 novembre

N'oubliez pas d'informer à temps
le Secrétariat de la SELF
de votre changement d'adresse
(professionnelle et personnelle)
sinon nous perdons toute trace
pour la suite des envois.