

SANTE AU TRAVAIL

*Les acteurs de la pluridisciplinarité :
représentations croisées*



Décembre 2006

Le financement de cette opération a été réalisé par la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) de la région Midi-Pyrénées

L'organisation en a été assurée conjointement par la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP) et par la Société de Médecine du Travail de la région Midi-Pyrénées.

Le rapport final a été formalisé et rédigé par la société Pollen

SOMMAIRE

1 – PRESENTATION DU PROJET et de la PROBLEMATIQUE		
Finalité de l'action et enjeux Les acteurs impliqués : les 5 métiers – La méthodologie	Page 5	
2 – REMARQUES GENERALES		
Sur la finalité de l'action : les destinataires finaux	Page 6	
Sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité	Page 6	
Sur les comportements génériques à promouvoir	Page 7	
Sur les notions de prévention des risques professionnels utilisées	Page 7	
3 – CONTRIBUTIONS DE CHAQUE METIER A LA PLURIDISCIPLINARITE		
<i>Réflexions et propositions validées par le Groupe pluridisciplinaire</i>		
Par Métier :		
I - Constats généraux des participants sur ce métier		
II - Rôle attendu de ce métier dans la pluridisciplinarité		
III - Points critiques et pistes de progrès		
	Médecins du Travail	Pages 8-9
	IPRP	Pages 10-12
	Infirmier(e)s	Pages 13-15
	Assistant(e)s de Service Social	Pages 16-18
	Directeurs de Service	Pages 19-22
4 – SYNTHESE POUR L'ACTION		
Récapitulatif des « chantiers » prioritaires :	Page 23	
- pour tous		
- par métier		
Perspectives : les gains d'une action pluridisciplinaire : pour les SIST, pour les destinataires finaux, pour la collectivité.	Page 24	
REMERCIEMENTS	Pages 25-26	
ANNEXES	Pages 27-30	

ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE DOCUMENT

SIST	Service Interentreprises de Santé au Travail
MT	Médecin du Travail
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
ASS	Assistant(e) de Service Social
DRTEFP	Direction Régionale du Travail et de la Formation Professionnelle – Région Midi-Pyrénées

1 – PRESENTATION DU PROJET ET DE LA PROBLEMATIQUE

Finalité et enjeux : les constats ayant présidé à l'élaboration de ce rapport

La publication des textes instituant la pluridisciplinarité (Loi de 2002, Décret de 2003 et Circulaire de janvier 2004) et ceux portant réforme de la médecine du travail (2^o semestre 2004) ont pu provoquer résistances et inquiétudes chez les médecins du travail qui, jusqu'à la mise en place de cette réforme, étaient les seuls professionnels en charge du conseil à l'entreprise en matière de santé au travail à intervenir régulièrement dans toutes les entreprises.

Après deux ans de fonctionnement, et malgré quelques difficultés prévisibles à faire coopérer des professionnels de disciplines différentes, on constate qu'en région Midi-Pyrénées la mise en œuvre de la pluridisciplinarité s'illustre à travers une diversité de pratiques :

- regroupement en Association pour mutualiser les moyens,
- recrutement d'IPRP qualifiés en toxicologie, ergonomie, sciences sociales, hygiène industrielle, psychologie, s'ajoutant aux IPRP dont les Services pouvaient déjà disposer en interne,
- conventionnement au cas par cas avec des Intervenants des risques professionnels libéraux.

Certains Services ont également recouru à deux voire trois des possibilités ci-dessus évoquées.

Fort de ces constats et devant la lenteur de mise en place du dispositif, la DRTEFP Midi-Pyrénées, a convié certains professionnels des SIST à se réunir pour engager une réflexion collective ayant pour objet de :

- **mieux définir les apports d'une approche pluridisciplinaire en matière de prévention pour la santé au travail,**
- **préciser le champ d'intervention de chacun des professionnels concernés,**
- **proposer des pistes d'action concrètes pour développer la pluridisciplinarité dans les services en vue d'améliorer la prévention primaire.**

Constitution des groupes de travail et méthodologie

Cinq groupes de travail regroupant au total une soixantaine de professionnels de la santé au travail ont été constitués. Ils représentaient les fonctions suivantes :

- *directeurs des SIST (Services interentreprises de Santé au Travail)*
- *médecins du travail (MT)*
- *infirmier(e)s d'entreprises et de SIST*
- *assistant(e)s de service social d'entreprise (ASS)*
- *Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)*

Du fait des différences de cultures professionnelles des personnes sollicitées, un temps de mise en commun des concepts de *santé*, de *besoins de santé*, d'*éducation pour la santé* a été préalablement organisé sur une demi journée avec l'ensemble des participants.

Puis un consultant externe, indépendant et non spécialiste du thème, a piloté les réflexions et les travaux des groupes de travail puis du groupe pluridisciplinaire composé de représentants de chaque groupe métier.

Le présent rapport est le fruit de cette réflexion.

2 - REMARQUES GENERALES

Les remarques suivantes ont été exprimées à l'occasion des réunions de synthèse du Groupe Pluridisciplinaire. Elles ont été validées par l'ensemble des représentants des « groupes métier ».

Considérées comme génériques, elles ont été placées en tête du rapport avant les considérations spécifiques à chaque métier.

Sur la finalité de l'action

La finalité recherchée de cette réflexion est d'améliorer la prévention des risques professionnels dans l'entreprise et la protection des salariés : la pluridisciplinarité en elle-même n'est donc qu'un moyen pour y parvenir avec la meilleure efficacité.

En conséquence, les destinataires finaux identifiés pour cette action sont les salariés, les employeurs, et les partenaires sociaux.

Ces derniers (organisations patronales et syndicales...), interlocuteurs des entreprises lors des actions collectives, ont en effet un rôle important à jouer auprès des salariés et des employeurs dans la diffusion des informations et des prises de conscience nécessaires.

Sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité

En matière de prévention, ce sont les employeurs qui sont légalement responsables de la mise en œuvre des mesures réglementaires. Depuis 2002, une jurisprudence constante de la Cour de Cassation leur impose également, dans ces domaines, une obligation de résultat pouvant engager leur responsabilité pénale, civile.

Le Décret de Juillet 2004, portant réforme de la Médecine du Travail, leur permet aussi de créer et organiser en interne, et sous certaines conditions, leur propre Service de Santé au Travail. Dans l'immense majorité des cas, les entreprises sont restées attachées à la formule des Services Interentreprises de Santé au travail (SIST) à compétence géographique.

Dès la parution des textes instituant la pluridisciplinarité, les Directions des SIST se sont préoccupées de sa mise en place et de l'évaluation des besoins de leurs adhérents par divers moyens :

- évaluations par les médecins du travail : peu de retours d'informations en deux ans,
- enquêtes auprès de tous les adhérents, avec un résultat généralement décevant : retour entre 2 et 5% selon les Services, mauvaise appréciation des priorités ou des problématiques par les adhérents selon les médecins lorsque les fiches leur ont été soumises,
- enquêtes téléphoniques sur échantillon représentatif,
- visite des nouveaux adhérents par les IPRP,
- visite d'entreprises par les directeurs,...

Les premiers enseignements tirés à l'issue de ces actions font apparaître que les employeurs, pourtant concernés au premier chef, n'ont pas encore pris la mesure des enjeux et des responsabilités qui leur incombent en la matière.

- ☞ Sur la proposition des directeurs, les participants indiquent que des campagnes de sensibilisation au niveau national en direction de la population en général et des employeurs en particulier leur semblent nécessaires pour accompagner les actions déjà entreprises et celles à venir.

Sur les comportements génériques à la base de la pluridisciplinarité

De l'avis de l'ensemble des participants, certains comportements sont nécessaires pour permettre la mise en place de la pluridisciplinarité au sein des SIST ainsi que pour aboutir à un conseil pertinent.

Sur proposition des ASS, et après validation et compléments apportées par les autres participants, ces comportements sont les suivants :

- ♦ la relation de confiance entre les différents acteurs
- ♦ le partenariat et le partage :
 - des connaissances
 - des informations
 - de la réflexion préalable aux décisions
- ♦ la connaissance et la reconnaissance pour chaque acteur et par tous les autres :
 - de ses compétences
 - de ses missions
 - de ses champs d'intervention

Sur les différentes notions de prévention

Le groupe rappelle les 3 niveaux de prévention qui ont guidé les réflexions durant ces travaux :

- ♦ *Prévention Primaire : elle vise les facteurs de risques*
- ♦ *Prévention Secondaire : elle vise la surveillance du milieu du travail et de la santé des travailleurs. C'est le dépistage des premiers signes.*
- ♦ *Prévention Tertiaire : elle minimise les conséquences des atteintes de la santé du fait du travail.*

Voir schéma plus détaillé en [Annexe 1](#)

Le groupe souligne qu'il n'a pas souhaité ordonner les propositions du présent rapport selon cette typologie, car une même action peut relever de plusieurs niveaux. Néanmoins, chaque niveau a été envisagé, l'optimal recherché étant de pouvoir intervenir le plus en amont possible (prévention primaire).

3 – CONTRIBUTIONS DE CHAQUE METIER A LA PLURIDISCIPLINARITE

Ce qui suit est la synthèse de la réflexion menée par le Groupe Pluridisciplinaire sur chacun des cinq métiers qui le composent.

Chaque réflexion par métier a été déroulée à partir des attentes, demandes et/ou interrogations des autres professionnels sur le métier considéré. Les représentants de chaque métier traité ont pu réagir, préciser, corriger et répondre sur les points abordés.

Ces synthèses ont été formalisées à l'issue des débats, après acceptation par les représentants de chaque métier présent.

Elles ont pour but de préciser les apports attendus de chacun dans la pluridisciplinarité (points I et II) et de proposer des pistes de progrès réalistes, validées par tous et spécifiques à chaque métier pour contribuer à développer la pluridisciplinarité (points III).

Nota :

Pour deux métiers (IPRP, ASS) le groupe a relevé une méconnaissance ou des perceptions erronées ou réductrices de la part d'autres professionnels quant à la mission même de ce métier dans la problématique de la santé au travail.

Il a donc estimé utile dans le cadre de ce rapport de préciser, même succinctement, les compétences et les domaines d'intervention de ces deux métiers : elles sont détaillés en Annexes 2 et 3.

CONCERNANT LE RÔLE DES MÉDECINS DU TRAVAIL

I – CONSTATS GÉNÉRAUX DES PARTICIPANTS SUR LE MÉDECIN

Pour chacun, le médecin reste aujourd'hui l'interlocuteur professionnel privilégié pour l'expression des besoins des entreprises et le suivi (veille) de celles-ci : l'aspect médical est bien entendu très important. Mais cette place privilégiée ne doit pas le dispenser de coopérer avec les autres intervenants.

Le groupe constate que les MT éprouvent certaines difficultés, d'ordre essentiellement culturel (communiquer efficacement avec les autres acteurs) mais aussi réglementaires : voir en point III les pistes méritant d'être explorées pour les aider à partager l'information.

II - RÔLE ATTENDU DU MÉDECIN DANS LA PLURISCIPLINARITÉ

Il s'agit principalement d'un rôle d'alerte.

En effet, si le médecin du travail n'a pas vocation à connaître ou détecter tous les besoins de l'entreprise en matière de santé et sécurité, c'est lui qui est le plus présent dans l'entreprise, et par là est le plus à même à jouer ce rôle d'alerte auprès des autres acteurs de la pluridisciplinarité :

- signalement précoce des situations à risque
- transmission de son évaluation :
 - ♦ adéquation poste de travail / santé ?
 - ♦ conséquences sur la vie sociale ?
 - ♦ pronostic ?
 - si problématique collective : faire remonter au service pour réunion d'un groupe Pluridisciplinaire*
 - si demande ponctuelle : à traiter au niveau de l'individu, remonter l'information auprès du professionnel concerné : IPRP infirmière, ASS, etc...*
- alerte des directeurs de services pour qu'ils organisent la pluridisciplinarité,

Important : même en cas de doute sur la problématique qu'il a détectée, il lui appartient d'exprimer ce doute et de partager sa réflexion avec les autres (notamment IPRP) pour établir un diagnostic partagé, et d'informer sa direction.

III – Médecin du Travail : POINTS CRITIQUES ET PISTES DE PROGRES

❑ Difficulté de reconnaître des limites à leur compétence

Pour beaucoup : refus de déléguer dans des champs de compétence communs à d'autres intervenants, refus de faire intervenir quelqu'un d'autre

- ☞ Définir ensemble les tâches, domaines d'intervention, missions et rôles de chacun lors des réunions de la Commission médico-technique. En particulier, bien définir la répartition entre MT et IPRP.
- ☞ veiller à reconnaître et rendre visible la contribution de chacun sur un dossier (contre-exemple cité : suppression du nom de l'infirmier(e) sur le rapport...)

❑ Interprétation extensive de l'indépendance

- ☞ Ne pas confondre l'indépendance technique (textes légaux) et la nécessaire organisation de la pluridisciplinarité.

❑ Mauvaise organisation du travail

- ☞ Consacrer plus de temps à la communication entre les spécialistes : pour informer, mais aussi pour écouter les autres intervenants sur leurs pratique professionnelles
- ☞ Mieux gérer les priorités et les compétences : selon les cas, cela consiste à être plus réactif aux demandes des employeurs... ou au contraire à savoir ne pas y répondre.
- ☞ *lors des Commissions médico-techniques* : Associer les directions des SIST au choix des priorités identifiées par le MT.

❑ Manque d'habitude, voire de goût pour le travail en équipe : si certains médecins engagés dans la pluridisciplinarité montrent l'exemple, cela reste encore assez marginal.

L'ensemble des autres professionnels regrettent qu'ils ne fassent pas remonter l'information sur les besoins des adhérents et/ou ne sachent pas la partager avec les autres acteurs (même s'il s'agit d'autres médecins).

Certains dans le groupe évoquent les mots suivants entendus de la part de médecins comme de certaines directions sur le terrain : « sous-traiter », « se décharger »...: connotations et vision négatives de la pluridisciplinarité

- ☞ former les médecins à travailler en équipe et à améliorer l'organisation de leur travail
- ☞ prévoir une formation continue qui soit homogène pour tous les MT. Intégrer à ces formations la connaissance de l'entreprise : histoire et culture

❑ Manque de neutralité par rapport aux salariés et/ou aux employeurs

- ☞ Ne pas prendre en considération autre chose que la santé dans sa globalité.

Nota : Point considéré comme marginal par les MT présents

❑ Temps de présence sur le terrain insuffisant

Du point de vue des médecins présents, il est difficile de faire mieux, car :

- il y a actuellement 6 500 médecins là où il en faudrait 8 000
- il ne faut pas confondre rôle du médecin et celui de l'IPRP.

C'est pourtant une demande forte des autres participants :

- ☞ Aller davantage sur le terrain (la présence des IPRP ne doit pas en dispenser les MT : bien préciser les attributions de chacun = voir premier point)

CONCERNANT LE ROLE DES LES I.P.R.P.

I – CONSTATS GENERAUX DES PARTICIPANTS sur L'IPRP

Nouvel intervenant dans les Services, l'acteur IPRP a suscité beaucoup d'échanges entre professionnels à l'occasion des ces travaux :

- en premier lieu entre les IPRP eux-mêmes, où il a été fait état du « flou » de l'appellation : il ne s'agit en effet que d'une habilitation délivrée à des personnes physiques ou morales, en fonction de garanties d'indépendance et de compétences, d'une expérience en prévention des risques professionnels et en amélioration des conditions de travail, et des moyens à disposition.

Il existe 4 types d' IPRP habilités :

- IPRP salariés des SIST
- IPRP salariés de structures interservices (association/GIE)
- IPRP salariés d'entreprises disposant d'un service autonome ou adhérentes d'un SIST
- IPRP libéraux (structure privée/conventionnement)

A cela s'ajoutent les « Assistants en Prévention », qui n'ont pas été associés à cette réflexion car non habilités.

- ensuite avec les autres métiers : à l'occasion de réunions du Groupe Pluridisciplinaire, les participants ont cherché à dégager les points clés de la spécificité des IPRP par rapport aux autres métiers mieux (?) connus ou bénéficiant d'une plus grande antériorité.

II - RÔLE ATTENDU DE L'IPRP DANS LA PLURIDISCIPLINARITE

Les points suivants ont recueilli l'accord de chacun et ont été validés par les IPRP présents.

L'IPRP est l'acteur en charge d'apporter des propositions de solutions techniques et organisationnelles concrètes aux adhérents, et de les faire accepter.

Selon les cas, il s'agit d'un généraliste ou d'un spécialiste dans un domaine technique. Il peut être salarié du service ou intervenir ponctuellement en tant qu'indépendant, cabinet ou association dans le cadre d'une convention. Dans l'un ou l'autre cas, il intervient dans une **logique de collaboration** auprès des services de santé.

De par sa formation et/ou son expérience professionnelle, il est destiné à compléter les compétences présentes au sein des services (la petite métrologie continuant d'être assurée par les auxiliaires médicaux pour la partie pratique et les aspects cliniques par les médecins du travail).

La fonction nécessite donc, **outre des compétences techniques** (*voir descriptif en annexe 2*), **de réelles qualités de communication** : un sens certain de l'organisation, une volonté de travailler en équipe, des convictions et l'art de les faire partager.

Sur chacun des domaines techniques parfois très pointus qu'il maîtrise, on attend qu'il apporte un regard différent et complémentaire de celui des médecins.

Unaniment, le groupe constate qu'un individu ne peut seul apporter une prestation de qualité professionnelle sur chacun de ces domaines : la mutualisation des compétences par ailleurs source d'économie de coûts, apparaît comme étant une solution intéressante pour traiter cette difficulté.

III – IPRP : POINTS CRITIQUES ET PISTES DE PROGRES

- ❑ **IPRP n'est pas un métier, ce sont x métiers : les autres acteurs peuvent légitimement s'interroger sur les limites de compétence respectives de leur métier et de celui de l'IPRP.**

Par exemple : pourquoi un assistant social ne pourrait-il pas revendiquer un statut d'IPRP lorsqu'il fait du maintien dans l'emploi ?

☞ Définir et COMMUNIQUER le champ de compétences des IPRP : voir en annexe 2 la présentation synthétique de l'IPRP, construite après les premières réunions.

En bref : l'IPRP est un préventeur dans la prévention primaire, chargé surtout d'apporter des pistes de solution et d'intervention. Les IPRP en SIST doivent être vigilants à ne pas « glisser » vers un rôle de gestion des risques, qui reste de la responsabilité de l'employeur.

- ❑ **Le législateur n'a rien prévu non plus pour cadrer l'action de l'IPRP et expliciter comment il peut travailler avec le Médecin du travail**

☞ Tout ne peut être défini dans les textes : profiter de cette souplesse permise pour obtenir des directeurs de service (et les aider à instaurer) des « règles du jeu » propres à leur service sur le fonctionnement IPRP/autres acteurs.

Nota : être directif sur l'objectif (aboutir à des modes de coopération acceptés et validés par tous) et participatif sur la méthode : ces règles du jeu doivent être décidées ensemble, et pas imposées.

- ❑ **Infirmières et Assistants Sociales ne se sentent pas identifiées comme partenaires par les IPRP : sentiment de ne pas être reconnues.**

☞ Avoir une démarche volontariste pour informer infirmier(e)s et assistants de service social lors du passage dans l'entreprise.

- ❑ **Chaque service (et encore moins chaque entreprise) ne pourra pas avoir son spécialiste IPRP dans chaque domaine :**

☞ Organiser une mutualisation entre plusieurs SIST afin de multiplier les spécialités représentées.
☞ Faire aussi appel aux IPRP externes (consultants, professions libérales...)

Demande de certains MT dans le groupe (pas de consensus sur ce point) :

☞ Tendre (dans un premier temps) vers un ratio d'1 IPRP par secteur (soit pour 6 à 8 MT), ... tout en sachant que dans le nord de l'Europe cette proportion est de 4 IPRP pour un MT.

CONCERNANT LE ROLE DES LES INFIRMIER(E)S

I – CONSTATS GENERAUX DES PARTICIPANTS sur les INFIRMIER(E)S

Il existe trois statuts d'Infirmière :

- infirmières en service autonome,
- infirmières en entreprise,
- infirmières de travail en SIST (ce dernier statut n'est pas représenté dans notre région).

Tous les constats liés à la pluridisciplinarité concernent essentiellement les premières, mais il serait intéressant de pouvoir les appliquer aux infirmières en entreprise à chaque fois que cela est possible.

Ce métier existe majoritairement dans **les grandes structures ou grandes entreprises**.

Les infirmières ont une **approche individuelle** des salariés et des problématiques rencontrées.

Elles ont un rôle de **veille et d'alerte** important.

Contexte : pénurie croissante de personnel infirmier dans les prochaines années.

II - RÔLE ATTENDU DE L'INFIRMIER(E) DANS LA PLURIDISCIPLINARITE

Le groupe a dégagé de son point de vue les deux principaux volets d'action actuels de l'infirmier(e) :

Aide à la réalisation de l'activité médicale et paramédicale

- Examens complémentaires spécialisés
- Gestes paramédicaux
- Education pour la santé pour les risques professionnels et de santé publique, formation
- Suppléer le médecin dans certaines tâches, filtre de pré-visite
- Service de proximité et d'accompagnement
- Information, signalement des situations individuelles particulières,
- Connaissance des salariés, des services, des problématiques, des jeux de pouvoir
- Recueil et partage de documentations médicale et sociale

Technique

- Relais du médecin dans les entreprises : prévention sur le lieu de travail
- Mise en place de groupes de travail
- Information, signalement des problématiques de groupe
- Mise en place d'actions collectives
- Interface avec les différents partenaires : médecin du travail, assistante sociale, direction, hiérarchie, CHSCT...
- Surveillance de la population salariée
- Information des accidents de travail
- Recueil d'informations, participation aux enquêtes
- Métrologie

L'analyse partagée par chacun est de constater que ces 2 volets semblent aujourd'hui évoluer vers deux métiers distincts.

☞ **La proposition du groupe est donc que dans le cadre de la pluridisciplinarité, ce métier se recentre sur le volet médical (voir propositions point III).**

III - Infirmier(e) : POINTS CRITIQUES ET PISTES DE PROGRES

❑ **Les infirmier(e)s pourront de moins en moins s'investir professionnellement sur les 2 volets actuels de leur métier :**

- ♦ le rôle de **l'infirmier(e) classique** secondant le médecin : professionnel axé sur les examens paracliniques et l'hygiène
- ♦ le rôle de **l'IPRP autonome** : préventeur technique et métrologue

Les infirmier(e)s ont la capacité de tenir l'un ou l'autre de ses deux rôles, mais :

- ♦ Les formations de base et les formations complémentaires à la santé au travail des infirmières et des autres IPRP ne sont pas les mêmes.
- ♦ Les infirmier(e)s actuel(le)s ont naturellement « dérivé » vers l'intervention en entreprise, mais ce n'était pas leur mission initiale.
- ♦ L'arrivée en nombre des IPRP devrait restreindre leur champ d'action en ce domaine, quand, à l'inverse, la pénurie annoncée de médecins du travail leur ouvre des perspectives pour s'investir dans le suivi médical périodique.
- ♦ Selon les médecins, le besoin dans l'entreprise est plutôt **sur** le premier profil : infirmiers axés sur examens para cliniques et hygiène.

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité devrait pousser les infirmier(e)s en SIST à se positionner sur le volet médical (...ou à devenir IPRP). Pour les infirmier(e)s en entreprise cependant, ce « choix » sera largement dépendant... de celui de l'employeur.

Pistes de progrès

- ☞ *(En fonction de l'évolution des textes) : occuper une partie du champ d'activité clinique du médecin, et ainsi dégager du temps pour ce dernier, lui laissant plus spécifiquement le domaine de l'expertise médicale.*
- ☞ **Cibler les formations et communiquer sur leur contenu** notamment auprès des MT.
- ☞ Pluridisciplinarité : s'investir dans les domaines de **l'éducation pour la santé et pour les entretiens médico-professionnels**, sur l'embauche, sur la surveillance périodique.

CONCERNANT LE RÔLE DES ASSISTANT(E)S DE SERVICE SOCIAL

I – CONSTATS GÉNÉRAUX DES PARTICIPANTS SUR LE MÉTIER D' ASS

Tout le monde croyait bien connaître ce métier qui fait partie du paysage de la santé au travail depuis très longtemps, mais les échanges ont permis de relever et corriger un certain nombre de conceptions erronées ou réductrices, parmi lesquelles :

- ✓ « *Il s'agit d'un métier que l'on trouve majoritairement dans les grandes structures ou grandes entreprises* »
Or les ASS rappellent que 80% des actions des assistants de service social en SST ont lieu en entreprises de moins de 10 personnes.
- ✓ « *Les Assistants de Service Social ont une approche très individuelle des salariés et des problématiques rencontrées* »
Pour les intéressés, c'est une vision très réductrice : leur intervention part effectivement de la relation individuelle, mais cela les amène souvent à proposer des actions collectives. Les représentantes de ce groupe ont illustré ce constat par un exemple parlant en lien avec la pluridisciplinarité :

Exemple : à partir des problèmes personnels vécus par des salariés n'arrivant plus à définir la frontière vie professionnelle / vie privée (dictature du portable et des technologies de la communication, défaut d'implication dans la vie familiale...), ils peuvent alerter pour mettre en place des formations destinées à prévenir maladies de longue durée ou accidents du travail dus au stress (gestion du temps et des priorités, affirmation de soi, savoir dire non...).

Les échanges ont permis de définir plus précisément leurs champs de compétence et de mesurer l'écart entre l'image perçue par les autres professionnels... et la réalité.

II - RÔLE ATTENDU DE L'ASS DANS LA PLURISCIPLINARITE

Vu par les autres métiers

- ♦ Renseignements et aide pour l'accès aux droits sociaux
- ♦ Dossiers de demandes de financements (logements, précarité des intérimaires, aménagements de postes, ...)
- ♦ Lien avec les différentes organisations d'aide aux salariés mises en place autour des unions départementales d'entreprises
- ♦ Prise en charge et suivi de problèmes familiaux
- ♦ Gestion des problèmes sociaux lors des inaptitudes, reclassements, suivi des réinsertions
- ♦ Relais in situ pour prise en charge des problèmes de précarité des intérimaires
- ♦ Gestion des dossiers retraites
- ♦ Partenariat, aide et suivi des dossiers
- ♦ Veille réglementaire en matière sociale

Les ASS constatent que les autres acteurs les connaissent mal, les assimilant – comme la plupart des employeurs – à des agents de « paix sociale » intervenant dans l’urgence plutôt que comme de véritables acteurs de la prévention.

Ils ont donc souhaité joindre (*en annexe 3*) une présentation plus complète et fidèle de leurs interventions.

Le groupe s’est servi de ce travail pour dégager ce qui lui paraît être le point clé du rôle de l’ASS dans un fonctionnement pluridisciplinaire :

L’ASS est le seul intervenant à avoir une connaissance du salarié au travail et hors travail.

En effet :

- ♦ pour l’entreprise, pour les autres acteurs, le salarié est *un homme au travail*.
- ♦ l’ASS permet de prendre en considération *l’homme dans son environnement global*, que ce soit dans le cadre professionnel ou chez lui, et les interactions entre chaque domaine.

III – Ass : POINTS CRITIQUES ET PISTES DE PROGRES

❑ **Les ASS ne sont pas ou mal connus des autres professionnels**

Unanimentement, les IPRP ont constaté que leurs relations avec les assistants de service social (et les infirmières) étaient inexistantes, ou très rares.

Les autres métiers ont également découvert à l'occasion de cette réunion leur méconnaissance du rôle réel de l'ASS.

Pistes de progrès

- ☞ Créer des rencontres afin de mettre en place l'articulation des compétences avec chaque autre métier : identification des domaines sociaux et psycho-sociaux, connaissance métiers, qui fait quoi ?
 - en service : facile à faire,
 - interservice : s'appuyer sur la DRTEFP pour organiser ces rencontres.
- ☞ Co-animer des réunions collectives.

❑ **Leur apport potentiel en matière de prévention est en général complètement sous-estimé par les employeurs.**

Le rôle ou les missions dédiées à l'ASS seront dépendants de la politique sociale définie par l'entreprise à l'égard de ses salariés : chez les employeurs, cela se traduit par 2 conceptions différentes :

- ASS = agent de la paix sociale.
Cas d'entreprises qui délèguent leur prévention sur d'autres acteurs du groupe (locaux ou nationaux) ou sur des intervenants externes.
- ASS = acteur impliqué dans une politique de prévention globale.
Cas d'entreprises qui intègrent les ASS aux travaux des différentes commissions en interne : handicap, ...

Ce dernier rôle ne peut se concevoir qu'à concurrence d' 1 ASS pour 1 500 salariés maximum : à mesure que cette proportion augmente, les ASS n'interviennent plus que dans l'urgence pour « éteindre le feu » sur des problématiques ponctuelles, et non en travail de fond pour la prévention proprement dite.

Pistes de progrès

- ☞ Savoir « se vendre » aux employeurs : se doter d'un argumentaire pour mettre en valeur leur apport en matière de prévention.
- ☞ S'appuyer sur les autres professionnels pour faire évoluer leur image en entreprise (voir plus haut).
- ☞ Effectifs ?

CONCERNANT LE RÔLE DES LES DIRECTEURS

I – CONSTATS GÉNÉRAUX DES PARTICIPANTS SUR LES DIRECTEURS

Les directeurs de service sont en relation étroite avec les adhérents, et rappellent la situation telle qu'ils la constatent actuellement : selon de récentes enquêtes, une très grande majorité des employeurs, ne connaît ni le rôle du Service de Santé au Travail ni leurs propres obligations dans le domaine de la prévention.

L'ensemble des participants considère qu'il revient aux directeurs de développer sur leur secteur information et sensibilisation sur ces thèmes auprès des employeurs et des partenaires sociaux.

Les directeurs le reconnaissent et confirment leur volonté de contribuer à installer dans l'esprit des adhérents une authentique culture de prévention.

Ceci établi, ils rappellent leurs demandes qui ont été signalées précédemment de campagnes à l'échelle nationale pour relayer leur action et pour toucher aussi les salariés (voir partie 2). Certains d'entre eux souhaitent ajouter que leur action et leur marge de manœuvre dépendent aussi largement des textes qui régissent l'activité des services, et de l'absence de ressource médicale aggravée par les missions nouvelles confiées par l'Etat.

En ce qui concerne le fonctionnement de l'équipe, le groupe précise les mots clés devant représenter l'action des directeurs dans la pluridisciplinarité : *impulser, fédérer, communiquer, ...*

Tous insistent notamment sur le fait qu'en matière de pluridisciplinarité, où le fonctionnement collectif est essentiel, le mode de management des directeurs doit là plus qu'ailleurs privilégier la concertation et l'écoute.

Ces points ayant recueilli l'adhésion des directeurs, le groupe a ensuite précisé le rôle qui devrait être le leur dans le cadre de la pluridisciplinarité.

II - RÔLE ATTENDU des DIRECTEURS DANS LA PLURISCIPLINARITE

A l'issue des échanges, les points suivants ont été validés par l'ensemble des participants et résumés ce qui est attendu des directeurs dans le cadre d'un fonctionnement pluridisciplinaire

STRATEGIE : donner un cap

- Définir, en concertation avec les autres acteurs, une stratégie de service claire et appuyée sur l'évaluation des besoins réels de l'entreprise (qui sont actuellement différents de leurs demandes spontanées)
- Définir, dans l'esprit des lois, les objectifs du service en matière de pluridisciplinarité
- Etablir une feuille de route du développement du SST, et l'actualiser régulièrement

MOYENS : fournir les moyens humains, techniques, matériels et financiers requis pour mettre en œuvre la stratégie définie

- Informer le conseil d'administration pour qu'il puisse donner les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie
- Définir pour l'ensemble des acteurs internes un plan de formation annuel, obligatoire pour le personnel ciblé et en phase avec les besoins des entreprises
- Garantir la participation effective des représentants des salariés au conseil d'administration et aux décisions qui y sont prises
- Assurer une veille législative et réglementaire

SYNERGIE : faire travailler ensemble et harmoniser les pratiques

- Clarifier et faire valider les missions et les champs d'intervention des acteurs : rôles, responsabilités domaine d'intervention de chacun
- Répartir les tâches en conséquence
- Reconnaître à chaque intervenant ses compétences propres et l'intégrer à part entière dans l'équipe pluridisciplinaire
- Promouvoir le partenariat entre les acteurs en impulsant des actions collectives (réunions d'échanges, de mutualisation des compétences, de partage d'expériences, site questions / réponses, annuaire ...)

ORGANISATION INTERNE : organiser le service en fonction des priorités définies

- Faire de la prévention (plutôt que de la visite médicale) l'élément central de la santé au travail
- Mettre en place une réelle commission médico-technique, et prendre en compte ses avis
- Donner au médecin un rôle pivot dans le service
- Veiller à la stabilité au sein des équipes, gages à la fois de confiance mutuelle et de meilleure connaissance des entreprises (*ex : des infirmier(e)s travaillant toujours avec le même médecin...*)

RELATIONS AVEC LES ADHERENTS : être le correspondant des adhérents

- Former et informer les adhérents (nouvelles modalités de fonctionnement des services, arrivée de nouveaux intervenants, information juridique, droit du travail, ...)
- Faire prendre conscience de l'indépendance et de la liberté du médecin lors de ses interventions dans l'entreprise
- Rencontrer les employeurs sur le terrain, communiquer sur les besoins de leur entreprise et les faire remonter au travers du CA
- Activer les organisations professionnelles pour relayer l'information sur la prévention

III – Directeurs : POINTS CRITIQUES ET PISTES DE PROGRES

❑ **Les directeurs sont parfois ressentis comme les représentants des employeurs ou comme des opposants et non des partenaires des médecins.**

Evoquant des cas non isolés, voire fréquents dans certains services, où les directeurs prennent fait et cause pour l'employeur contre eux-mêmes, les médecins s'interrogent sur la notion de solidarité, essentielle dans le cadre de la pluridisciplinarité : de quel côté sont vraiment les directeurs, et n'est-il pas essentiel d'être unis et cohérents face à l'employeur pour mieux régler la situation et conserver une image de professionnalisme et de qualité ?

Les directeurs se disent très surpris de ces ressentis, mais prennent acte qu'ils existent chez certains médecins.

Ils confirment qu'en tant que directeurs, ils ne sont nullement dispensés de jouer eux aussi le jeu de la pluridisciplinarité.

Cela clarifié, ils tiennent à préciser :

- qu'ils ne sont pas les « représentants » des employeurs,
- qu'eux-mêmes ont un rôle de management qui suppose de faire passer un certain nombre de messages ou de contraintes internes au fonctionnement des équipes et du service.

Ils demandent en conséquence aux médecins de distinguer la *pression de l'employeur* qui serait renforcée et relayée par le directeur vers le médecin des *relations de management interne* inhérentes à toute structure hiérarchique : attention à ne pas confondre « pression » et discussions, échanges, points de vue différents, qui sont l'essence même de la pluridisciplinarité.

Pistes de progrès

- ☞ Impliquer le médecin dans la définition de la stratégie de service.
- ☞ Se concerter avec lui avant d'arrêter une position sur un cas litigieux.
- ☞ Veiller à ce que vu de l'extérieur n'apparaisse aucun différend entre les intervenants de la prévention (question de crédibilité comme de solidarité).

❑ **Certains cumulent leur fonction de directeur et des responsabilités dans des institutions patronales**

Cela peut générer des conflits d'intérêts et entamer la crédibilité du directeur tant en interne (voir ci-dessus) qu'en externe.

Pistes de progrès

- ☞ Eviter le cumul...
- ☞ ...ou en tirer parti et utiliser ces réseaux pour relayer l'information sur la prévention (instances patronales notamment). *Le groupe note néanmoins qu'il y a plus d'inconvénients que d'avantages dans cette posture.*

❑ **Les formations ne sont pas (suffisamment) décidées en fonction des besoins**

Actuellement, chacun choisit de se former (ou pas) en fonction de critères qui lui sont propres (intérêt personnel, opportunités, temps, etc ...). Or, dans le cadre de la pluridisciplinarité, il devient essentiel d'acquérir, actualiser ou renforcer des compétences qui soient homogènes à l'intérieur d'un service.

Pistes de progrès

- ☞ Concevoir des plans de formation annuels en phase avec la stratégie du service, elle-même définie avec la commission médico-technique en tenant compte des besoins des entreprises.
- ☞ Rendre ces formations obligatoires et veiller à leur mise en œuvre au sein du service. En évaluer les résultats sur le terrain.

❑ **Les autres acteurs de la prévention ne sont pas suffisamment impliqués dans la définition de la stratégie du service, et/ou manquent de visibilité sur cette stratégie**

Pistes de progrès

- ☞ Définir la stratégie du service en concertation avec les acteurs concernés – Communiquer en continu.

Autres réflexions relevées durant les échanges :

- ☞ Réfléchir à une notion de *service optimal* et non de cotisation minimale.
- ☞ Donner l'exemple : veiller à la santé au travail de son propre personnel...

A NOTER : même s'ils partagent les analyses sur le fond, certains directeurs présents tiennent à relever que les « points critiques » notés ici relèvent pour l'essentiel de cas isolés qu'il serait de leur point de vue abusif de généraliser.

4 – SYNTHÈSE POUR L'ACTION

Récapitulatif des « chantiers » prioritaires

Pour Tous

- ☞ Se connaître les uns les autres : organiser des réunions pour définir le champ de compétences de chacun et les interactions envisageables sur le terrain.
- ☞ Tester la pluridisciplinarité sur une action commune : saisir toute opportunité pour tester un fonctionnement en synergie sur une action réelle.
- ☞ Désigner un coordonnateur projet pour chaque action menée dans ce cadre : il sera en charge du pilotage de l'équipe pluridisciplinaire et de la diffusion à chacun des informations utiles.
- ☞ Utiliser les commissions médico-techniques pour formuler des propositions d'action à caractère pluridisciplinaire.
- ☞ Formaliser les interventions auprès des adhérents (laisser une trace : rapport écrit, informatique, ... : les entreprises doivent savoir ce que l'on fait pour elles d'autant que cela peut leur donner des idées sur les autres prestations que peuvent leur apporter les SIST).

Pour les Directeurs

- ☞ Définir leur stratégie de service en concertation et la communiquer à l'ensemble des acteurs concernés (membres de l'équipe pluridisciplinaire, conseil d'administration, adhérents) et la mettre en oeuvre.

Pour les Médecins

- ☞ Faire évoluer leurs comportements et développer la communication avec les autres acteurs.
- ☞ Aller davantage sur le terrain.

Pour les IPRP

- ☞ Organiser des réunions d'échanges :
 - systématiquement dans chaque service avec les ASS et les Infirmier(e)s,
 - en profitant de l'opportunité d'un projet commun avec les médecins.

Pour les Infirmier(e)s

- ☞ Axer les formations en priorité sur le médical au détriment du technique.

Pour les Assistant(e)s de Service Social

- ☞ Apprendre à « se vendre » et communiquer sur leur métier (rencontres, formations...).

Perspectives

✓ Des gains pour les professionnels...

Le groupe rappelle que la pluridisciplinarité n'est qu'un moyen au service de l'objectif recherché : l'amélioration de la prévention des risques professionnels.

Elle doit permettre aux professionnels de la santé d'être plus efficaces dans leurs interventions par une **mobilisation concertée et coordonnée des compétences et des ressources existantes dans chaque métier** de la santé au travail.

✓ ... pour les destinataires de l'action : employeurs et salariés...

Parce qu'elle a pour objet de développer l'efficacité globale dans la prévention des risques, la mise en oeuvre la pluridisciplinarité dans les SIST aura un impact direct sur les employeurs et les salariés.

En effet, les moyens et les actions de communications et d'information recensés dans cette étude ont aussi pour objet d'induire des **prises de conscience** chez l'ensemble des individus concernés dans les entreprises : l'intérêt commun du personnel, de la maîtrise, de l'encadrement et de la direction sera d'évoluer d'un comportement de « consommateur » de mesures réglementaires et contraignantes à celui d'acteur de la prévention dans son propre environnement.

La pluridisciplinarité leur fournit des éléments de motivation en ce sens :

- elle leur permet d'avoir une plus grande visibilité sur les problématiques de santé au travail,
- elle induit des retombées positives en matière de dialogue social dans l'entreprise,
- elle diversifie leurs interlocuteurs et leur permet de choisir l'intervenant professionnel privilégié en fonction des situations,
- elle leur donne accès à des prestations plus nombreuses (mutualisation des compétences) et de qualité optimisée (coordination des intervenants),
- enfin, elle les aide à éviter des sanctions pénales ou une dégradation de leur image.

✓ ... pour la collectivité

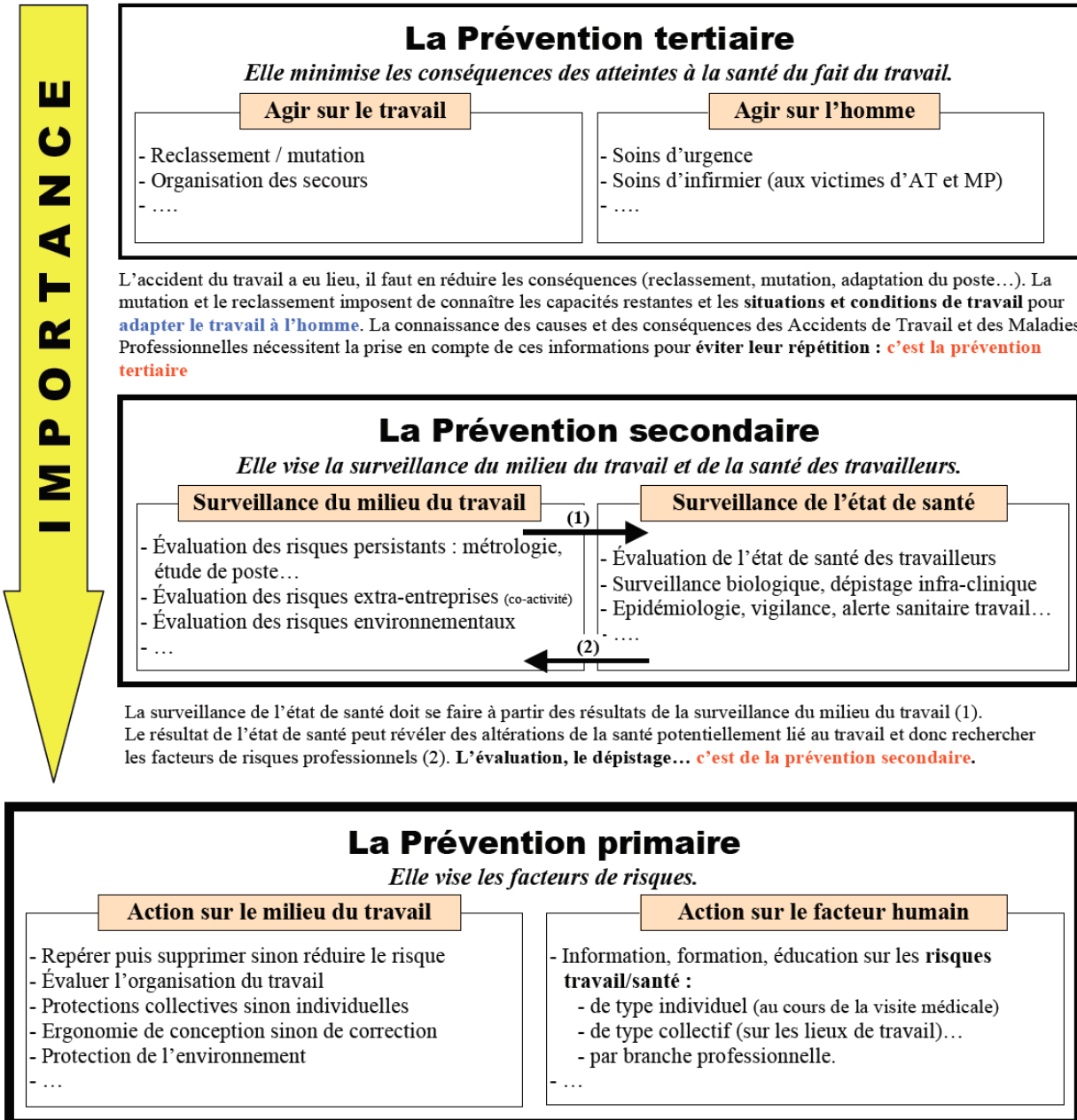
La pluridisciplinarité participe de l'effort général pour réduire le coût social généré par les arrêts maladies et les accidents du travail, et améliorer le bien-être au quotidien des salariés à leur poste.

ANNEXES



La PREVENTION en Santé Travail

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé existe 3 types de prévention



Si la médecine du travail a débuté par la **prévention tertiaire**, elle se situe depuis de nombreuses années, et encore trop souvent, au niveau exclusif de la **prévention secondaire**.

Depuis 1946, en France, le rôle de la Médecine du travail est **exclusivement préventif**.

Depuis 1985, l'Organisation Internationale du Travail (OIT) conseille l'orientation des services de santé au travail vers plus d'interventions en **prévention primaire**.



La réforme de la médecine du travail par le décret du 28/7/2004 oriente les services de santé vers plus de **compétences techniques et organisationnelles** afin d'améliorer les **situations et conditions de travail** : donc vers **plus de prévention primaire**.

ANNEXE 2

➤ **PRESENTATION DE L'IPRP - Intervenant en Prévention des Risques Professionnels**

PROFIL

Homme ou femme **de terrain**, l'IPRP s'appuie en permanence sur :

- sa connaissance des métiers et postes à risque
- sa connaissance des salariés
- sa connaissance de l'entreprise

Les qualités d'animation, d'information, de communication et de gestion de projets sont nécessaires pour assumer les missions de prévention primaire assignées aux IPRP dans les services, et pour que ceux-ci s'adaptent en termes d'activités compte tenu de l'évolution de la démographie médicale

MISSIONS (en liaison avec la Direction du SIST et en concertation avec les MT concernés)

- ♦ Mise en place d'actions collectives en partenariat avec les acteurs concernés
- ♦ Signalement des situations à risque
- ♦ Analyse, diagnostic
- ♦ Proposition de solutions concrètes ou des pistes de solution
- ♦ Evaluation des besoins avec possibilité de faire appel à des compétences externes
- ♦ Evaluation des risques rencontrés sur le terrain
- ♦ Partenariat dans le cadre des Accidents du travail et du maintien dans l'emploi.
- ♦ Communication vers les entreprises
- ♦ Education pour la santé au travail

ROLE TECHNIQUE

Appui ou prise en charge de domaines ou thématiques spécifiques

La multiplicité des domaines à couvrir aujourd'hui dans le champ de la SST détermine l'éventail (évolutif) des compétences technique à maîtriser par les IPRP :

- ♦ ergonomie,
- ♦ chimie,
- ♦ toxicologie,
- ♦ communication,
- ♦ psychologie du travail,
- ♦ management des équipes (conseil et formation auprès de l'employeur)
- ♦ hygiène et sécurité,
- ♦ métrologie,
- ♦ épidémiologie,
- ♦ formation,
- ♦ législation,
- ♦ technologie...

ANNEXE 3

➤ **PRESENTATION DE L'ASS - Assistant(e) de service social**

CURSUS : le fil conducteur de la formation est celui de l'entretien social (Ecoute, Evaluation, Diagnostic, Conseil, Accompagnement, Médiation). Domaines :

- ♦ droit (civil, pénal, travail, législation sociale)
- ♦ sociologie des organisations (approches communautaires, de groupes, individuels), psychosociologie, psycho-dynamique de groupes
- ♦ psychologie (enfant, adulte)
- ♦ santé publique (physique, mentale)

MISSIONS

EXPERTISE SOCIALE

- ♦ Etre force de proposition en matière d'éducation médicale et sociale :
 - actions individuelles
 - actions collectives en partenariat
- ♦ Participation active aux instances décisionnelles (direction et organisations syndicales)

VEILLE SOCIALE = évaluation des risques médicaux, professionnels, sociaux, familiaux, financiers

- ♦ Connaissance des préoccupations des salariés
- ♦ Emergence des besoins
- ♦ Suivi des populations à risque
- ♦ Connaissance des acteurs et partenaires internes et externes
- ♦ Connaissance de l'entreprise et de sa culture
- ♦ Connaissance des réseaux internes et externes
- ♦ Information, traduction, reformulation aux salariés (politique sociale, consignes de prévention, droit du travail...)

MAINTIEN DANS L'EMPLOI (ou non maintien)

- ♦ Coordination service médical / ressources humaines / organisations syndicales = rôle de médiateur
- ♦ Valorisation des ressources du salarié
- ♦ Accompagnement au changement
- ♦ Valorisation des ressources individuelles (respect, reconnaissance)
- ♦ Suivi individuel (écoute, accompagnement...)
- ♦ Accompagnement au changement

EDUCATION POUR LA SANTE = Rendre **le salarié acteur** de sa santé physique et mentale :

- ♦ Accueil des nouveaux embauchés
- ♦ Suivi des femmes enceintes
- ♦ Participation active aux instances décisionnelles

AUPRES D'INSTANCES LOCALES (PDITH, AGEFIPH...)

- ♦ Evaluation des risques rencontrés sur le terrain
- ♦ Emergence des besoins en lien avec des situations individuelles rencontrées
- ♦ Elaboration d'un rapport d'activité commun à tous les assistants de service social du travail, avec des critères pré-définis par le Ministère du travail

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier de leur contribution au présent rapport
l'ensemble des participants à cette action :

☐ *Participants aux groupes Métier :*

ASSISTANTES DE SERVICE SOCIAL :

Anne-Marie ALSINA-OUSSET (rapporteur)

Martine VITET (rapporteur)

Virginie DOUSSY (rapporteur)

Sandrine BENZENOU

Anne BERNARD

Colette GRIMAL

Pascale GUIGNARD

Danièle VANSTAEVEL

DIRECTEURS DES SIST :

Sylvie MICOUD (rapporteur)

Michel PAGNARD (rapporteur)

Richard SOBRAQUES (rapporteur)

Béatrice BARRES

Michel BEAUVILLAIN

Corinne BILHERE-DIEUZEIDE

Karine CHALOT

Evelyne FOURISCOT

Chantal FRENEAU

Thierry LAGRAULET

Bernard LATTES

Pierre MALGOUYRES

Dominique SATGE

INFIRMIER(E)S :

Dominique PEYRONNET (rapporteur)

Véronique SOIROT (rapporteur)

Pascale AUTONES

François BASS

Marie-Hélène CARBONNEAUX

Marie-Thérèse DANIE

Françoise FALAISE

Karine FOURCADE

Florence GUALA

Annie RESPAUD

IPRP

Nicolas BORQUET (rapporteur)
Laurent LEROY (rapporteur)
Didier NOPRE (rapporteur)

Catherine BRUN
Christine FROMENTIN
Olivier LHOSPITAL

MEDECINS DU TRAVAIL

Christian CROUZET (rapporteur)
Pierre GUILBAUD (rapporteur)
Nadine KHAYI-PALAT (rapporteur)

Dominique ABRIBAT
Yveline CARRE
Martine CASANOVA
Jean FONDERE
Corinne GRAND-SIMONINI
Jean-Christophe HERDWIG
Michel NIEZBORALA
Alain RAYBAUD
Nadège TERLAUD
Mireille THERON
Marie-Anne VIGOUROUX-PASQUIER

☐ *Intervenants du séminaire de cadrage des concepts :*

Professeur Jean-Marc SOULAT
Laurence BIRELICHIE – Directrice du CRES Midi-Pyrénées

☐ *Membres de la DRTEFP Midi-Pyrénées :*

Jeanne-Marie EHSTER
Hervé FONDS
Marie Laetitia FOURNIER
Marianne LE MOING
Martine POUYEMIDANET
Gérard SAN VICENTE

Pierre COIFFARD
Rédacteur du rapport
Consultant Société Pollen

