

PLURIPREV –N°EEST/2012/113
N° ref : GL/LL/LD/AL-DR n°79
Rapport Final

Projet financé dans le cadre du PNR EST
Programme national de recherche Environnement-Santé Travail

Titre du projet: LES CONDITIONS D'UNE ACTIVITE COLLECTIVE ENTRE LES ACTEURS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : ENJEUX DE PLURIDISCIPLINARITE

Période concernée: du 6 décembre 2012 au 6 août 2016

Nom, titre et organisme du responsable scientifique:
Sandrine CAROLY, MCF HDR Ergonomie
Laboratoire PACTE

DECLARATION DU RESPONSABLE SCIENTIFIQUE

Je, soussigné (nom du responsable scientifique), responsable scientifique du projet, déclare que

Le présent rapport final donne une description fidèle des travaux réalisés dans le cadre du projet depuis son démarrage.

Le projet (cocher la case correspondante):

- a entièrement atteint ses objectifs;
 a atteint l'essentiel de ses objectifs excepté des écarts mineurs;
 n'a pas réussi à atteindre certains des objectifs essentiels prévus.

A ma connaissance, le rapport financier est en accord avec les travaux réalisés.

Date:

Signature:

1. RESUME

L'enjeu de la recherche PLURIPREV est de décrire l'organisation effective de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail (SST), plus particulièrement dans les SST inter-entreprises (SSTi), et les formes de travail collectif pluridisciplinaire possibles et efficaces pour la prévention des risques professionnels. La réforme de la santé au travail se caractérise par une accélération des décrets ces dernières années (Fantoni-Quinton, Frimat, 2016)¹. Après 50 ans de silence législatif, plusieurs lois ont été votées : 2004, décret sur l'émergence des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ; 2008, transformation en service de santé au travail ; 2011, projet de service avec une équipe pluridisciplinaire coordonnée par le médecin du travail (MDT) et embauche de nouveaux professionnels (infirmière de santé travail (IDEST) et assistante de santé travail (ASST) ; 2015, suivi des salariés exposés aux risques par les médecins du travail et évolution juridique de l'aptitude. C'est dans ce contexte législatif en France, que dans le cadre du projet PLURIPREV nous nous sommes interrogés sur l'application de la réforme sur le terrain, c'est-à-dire sur les écarts possibles entre le cadre prescriptif législatif et la réalité des pratiques professionnelles. Nous nous sommes intéressés particulièrement au travail collectif entre plusieurs métiers et aux façons de le gérer au quotidien et selon les évolutions de l'organisation du travail. Une comparaison avec le contexte législatif au Québec permettait de pouvoir mieux comprendre les retombées de la réforme de la santé au travail sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les SSTi et d'examiner d'autres pratiques de travail collectif.

L'objectif de la recherche PLURIPREV est triple :

- comprendre les difficultés et les ressources de chaque métier : les caractéristiques, les zones d'action de chaque professionnel (IPRP, IDEST, ASST et MDT) dans la prévention des risques complexes (TMS/RPS et risques chimiques) ;
- déceler les formes possibles de travail collectif : les modalités de la co-action, de la collaboration, de la coopération. Les complémentarités, les coordinations nécessaires pour agir dans le cadre de projet concerté ;
- construire avec les acteurs concernés des formes d'organisation du travail qui favorisent le développement de l'activité individuelle et collective : accompagnement de projet de service, création d'équipement ou dispositif favorable à la coordination, aide et conseil sur la structure organisationnelle.

Notre démarche de recherche combine des approches descriptives de la réalité des contextes de travail des SSTi (et quelques services intra-entreprises afin de mieux identifier les logiques de fonctionnement) et des approches d'intervention visant l'accompagnement au changement :

- Notre étude porte sur 14 services de santé au travail en France, répartis dans 3 régions (dont 2 en intra) et 6 équipes de santé au travail (ESAT) au Québec.
- Nous avons réalisé 83 entretiens individuels par métier, 36 entretiens collectifs par métier, 12 entretiens collectifs d'équipe pluri-professionnelle, 21 séquences d'observation d'activité collective, 16 entretiens d'auto-confrontation simple, 7 entretiens d'auto-confrontation collective.
- Un questionnaire a été réalisé en partenariat avec l'AFISST auprès de 269 IPRP en SSTi en France. Il a été complété par la réalisation de 20 entretiens semi-directifs avec des IPRP sur leur perception de la pluridisciplinarité. L'analyse des résultats de cette étude a permis d'approfondir les domaines de tâches couverts par les IPRP selon leur métier et de caractériser le travail collectif entre les IPRP et les MDT.
- Nous avons pu accompagner 3 SSTi et 1 service intra-entreprise (SSTa). Le nombre de jours d'intervention s'élève à 73 jours terrain intervention. Pour ces services, nous avons réalisé plusieurs modalités d'intervention visant l'accompagnement au changement (en plus des observations, des entretiens et des réunions collectives) : 28 réunions avec la direction du service, 6 réunions de comité pilotage, 7 réunions de commission médico-technique et 1 assemblée générale du personnel, 1 conseil d'administration.

¹ Fantoni-Quinton, S., Frimat, P. (2016). Quelle évolution juridique pour le spécialiste de santé au travail de demain ? Incompréhensions et pistes. ADMPE, 77 (3). p.456.

Les principaux résultats de notre recherche montrent :

- Les effets du contexte législatif sur les pratiques collectives de prévention, grâce à la comparaison des impacts des systèmes législatifs de la santé et sécurité au travail entre la France et le Québec sur le travail collectif pluridisciplinaire ;
- Les difficultés rencontrées dans les situations réelles de travail pour les métiers du MDT, de l'IDEST, des IPRP (ergonome, ingénieur, psychologue) et des ASST ;
- Une investigation de l'hétérogénéité de la structure organisationnelle, symptôme d'une désorganisation des SSTi et de tensions entre les attendus de la réforme et les pratiques réelles des professionnels ;
- La mise en évidence des formes de collaboration différentes entre les professionnels selon la nature des risques complexes (TMS/RPS, risques chimiques) ;
- La nécessité de construire des ressources organisationnelles pour développer du travail collectif interdisciplinaire (par exemples, restitution entretien infirmier au médecin, concertation avant visite d'entreprise).

Les impacts de cette recherche sont à situer dans des retombées potentielles utiles pour l'efficacité de la prévention des risques visant des objectifs de santé au travail et de santé publique, à différents niveaux d'acteurs :

- Les professionnels des SSTi et les collectifs de travail : renforcer le développement de l'activité de chaque métier par une meilleure connaissance des domaines d'action de chacun et des possibilités de travail collectif. Ceci peut contribuer à enrichir les référentiels métiers ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations sur la formation des professionnels.
- Les responsables de SSTi et les conseils d'administration : aider dans la conception du fonctionnement du service et l'élaboration des projets de service, notamment sur les choix organisationnels qui favorisent le travail collectif pluridisciplinaire et la professionnalisation ; favoriser l'expérimentation de formes innovantes d'organisation collective du travail, élaborer des outils de gestion de l'information favorisant le travail collectif.
- Les pouvoirs publics : orienter des réformes sur le système de santé au travail vers une meilleure prise en compte de la réalité du travail des professionnels et du travail collectif ; par exemple la loi travail, notamment les orientations concernant les évolutions sur l'aptitude médicale, ou encore la gestion du nombre de MDT.

Cette recherche a été réalisée par un ensemble de partenaires scientifiques : laboratoire PACTE de l'université Grenoble Alpes, le département relations industrielles de l'université Laval à Québec, la chaire de psychologie du travail du CTRD-CNAM, le Département Hygiène, Sécurité & Environnement- IUT de l'université de Bordeaux, l'Équipe d'Ergonomie des Systèmes Complexes de l'IMS de Bordeaux, le laboratoire Acté de l'université de Clermont-Ferrand et l'université Claude Bernard de Lyon.

L'équipe de chercheurs de ces laboratoires engagés dans ce projet est pluridisciplinaire : ergonomie, psychologie du travail, sociologie, médecine du travail. Les membres de l'équipe sont les suivants : S. Caroly, M. Bellemare, F. Coutarel, P. Davezies, B. Dugué, A. Garrigou, A. Landry, J. Petit, N. Poussin, D. Prud'Homme.

2. OBJECTIFS INITIAUX DU PROJET DE RECHERCHE

Notre projet de recherche s'inscrit dans la poursuite des travaux réalisés sur l'activité des médecins du travail (Caroly et coll, 2011)² et s'intéresse plus particulièrement aux situations d'activité collective entre les différentes professions en charge de la prévention, principalement dans les SSTi. Il cherche à identifier les freins au travail collectif et ses ressources. Ce projet en sciences humaines et sociales vise à mettre en évidence les processus de construction sociale de la prévention, en produisant des connaissances sur les différentes formes de l'action collective dans la prévention des risques et sur les spécificités de l'activité individuelle de chaque métier. Les enjeux de cette recherche sont d'identifier les conditions d'une pluridisciplinarité pour une prévention efficace et durable des risques (Caroly et coll, 2008)³.

Il s'agit donc de comprendre comment chaque professionnel (médecin du travail (MDT), intervenant en risques professionnels (IPRP), infirmière de santé au travail (IDEST), assistants de service de santé au travail (ASST), et secrétaires médicales dans certains cas) tente de répondre à cette attente de pluridisciplinarité, issue des réformes de santé au travail : quelles sont les pratiques réelles des différents professionnels ? Est-il possible pour eux d'élaborer du travail collectif dans leur activité individuelle ? Quelles sont les formes et les modalités de ce travail collectif ? En quoi le travail collectif facilite l'activité individuelle de chacun et favorise la prévention durable et efficace des risques professionnels ? Existe-t-il des collectifs de travail métier et des collectifs inter-métiers ? Comment s'organise cette pluridisciplinarité dans les SSTi ?

Cette recherche porte principalement sur le contexte français d'évolution des SSTi. Elle est complétée par l'analyse du cadre institutionnel des régimes québécois et des pratiques de pluridisciplinarité des équipes de santé au travail québécoises, afin de mieux cerner l'influence du contexte institutionnel et politique sur la mise en œuvre de la prévention sur le terrain.

Ce projet de recherche vise à :

- Objectif 1 : Comprendre les ressources et les difficultés de chaque profession (IPRP, MDT, IDEST, ASST) selon les exigences des entreprises, des salariés, les orientations du SSTi, et les attendus des réformes.
- Objectif 2 : Déceler les formes possibles de collaboration entre les professionnels de la prévention autour d'actions prioritaires sur des risques complexes et émergents (risque chimique, risques psychosociaux et troubles musculo-squelettiques)
- Objectif 3 : Construire avec les acteurs concernés des formes d'organisation du travail qui favorisent le développement de la pluridisciplinarité et les évolutions de l'activité de chaque métier (conception d'organisation du travail qui donnent des marges de manœuvre, des ressources au pouvoir agir des professionnels).

Ces trois objectifs ne sont pas sans liens. En effet, notre postulat, relatif à notre cadre théorique (modèle de l'activité collective en ergonomie, Caroly, 2010 ; des marges de manœuvre, Coutarel et Petit, 2014 ; conception de l'organisation du travail, Petit, Coutarel 2014, du pouvoir d'agir et du sentiment d'utilité en clinique du travail, Poussin 2014), est que le développement des métiers participe à la construction du travail collectif inter-métiers et peut ainsi faciliter de nouvelles formes d'organisation du travail favorisant l'élaboration de ressources pour les métiers et le travail collectif inter-métiers.

Les possibilités d'intervention visant l'accompagnement de SSTi (objectif 3) ont été relativement faibles au cours de notre recherche. Nous avons pu accompagner seulement 3 SSTi et 1 service

² Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., Parrel, P. (2011). *Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes*. Rapport ANR SEST. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00676973>

³ Caroly S., Coutarel F., Escriva E., Roquelaure Y., Schweitzer J.M., et Daniellou F. (coord.), (2008). *La prévention durable des TMS : Quels freins ? Quels leviers d'action ?* Rapport d'étude pour la Direction Générale du Travail. Disponible sur le site www.anact.fr, dans le dossier thématique TMS

intra-entreprise (SSTa) sur 14 SST au total, sur une durée de 3 ans avec des échecs quant à conception de l'évolution de l'organisation du travail. Néanmoins ces 3 cas apportent des données intéressantes sur les leviers et les freins à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les SSTi. Ainsi, nous avons surtout des résultats sur les objectifs 1 et 2 de la recherche, par le recueil de données, plutôt descriptives et compréhensives. Ces résultats permettent non seulement d'identifier ce qui fonde les pratiques de chaque métier, de déceler des formes de travail collectif favorables à la prévention, et de montrer une diversité de fonctionnement de la pluridisciplinarité des SSTi selon les principes qui guident les organisations du travail. Ces résultats de recherche ouvrent sur des retombées pour la formation des professionnels, l'évolution de la législation, les formes possibles d'organisation de travail favorisant le travail collectif pluridisciplinaire et les types de démarches d'accompagnement possibles du changement dans les SSTi.

3. TRAVAUX ET REALISATIONS DU PROJET

Description générale des travaux menés au cours du projet

Les résultats de notre recherche PLURIPREV s'organisent autour de 5 tâches principales, que nous illustrerons par des données qualitatives et quantitatives issues de nos investigations réalisées sur le terrain (approche descriptive et intervention).

Tâche 1 : effet du contexte législatif sur les formes de travail collectif

Tâche 2 : types de travail collectif selon la nature des risques professionnels complexes

Tâche 3 : métier et développement de l'activité

Tâche 4 : les relations inter-métier : co-action ou collaboration ?

Tâche 5 : l'intervention sur la conception de l'organisation du travail en SSTi.

Tâche 1 : Effet du contexte législatif sur les formes de travail collectif

Le contexte législatif en France et au Québec relatif à la pluridisciplinarité est marqué par des histoires différentes des dispositifs de santé-travail et influence le travail collectif pluridisciplinaire (Bellemare, Caroly, Prudhommes, soumis).

L'objectif est de comprendre dans quelle mesure, chacun des contextes, québécois et français, offre des ressources pour mener le travail collectif pluridisciplinaire. Les contextes dans lesquels œuvrent, d'une part, les équipes de santé au travail (ESAT) au Québec et, d'autre part, les SSTi en France, diffèrent de par leur histoire, leur cadre juridique et institutionnel, leurs missions et dispositifs. En étudiant les actions en milieu de travail menées par les acteurs de ces SSTi, à partir de données recueillies par observations et entretiens dans les deux contextes, nous examinons comment ils mènent un travail collectif pluridisciplinaire dans des actions de prévention, en prenant pour exemple les TMS. Nous constatons que le contexte québécois, avec son approche de santé publique qui prescrit une démarche structurée faisant appel à la pluridisciplinarité, permet des formes plus structurées et homogènes de travail collectif du fait du plus petit nombre d'acteurs et de l'obligation de dialogue social. Ils partagent aussi des outils communs et élaborent des prises de décision collectives quant aux modalités de l'intervention. En France, les formes de travail collectif sont très hétérogènes : la mise en œuvre de la pluridisciplinarité de façon contrainte et forcée, en opposition avec les cultures de certains métiers conduit dans certaines situations à des pratiques quasi-inexistantes de travail collectif, mais également, selon le contexte local et en certains endroits, à des pratiques très intéressantes de travail collectif. Dans le contexte français, bien que les formes du travail collectif pluridisciplinaire soient plus hétérogènes, le mandat de prévention, qui est assuré par les SSTi, permet un élargissement du périmètre d'action que l'on ne retrouve pas dans le contexte québécois. Ceci interroge les marges de manœuvre offertes par les dispositifs pour une prévention durable et efficace des risques professionnels.

La comparaison des contextes des dispositifs de prévention au Québec et en France, nous amène au constat que dans nos deux pays le régime de santé au travail a été guidé par la volonté des États de

sortir de la "médecine d'entreprise" (Ferré, 2010)⁴. En France, on est passé d'une mission axée essentiellement sur les visites médicales individuelles à une mission complémentaire d'actions en milieu de travail, qui s'est davantage affirmée avec l'introduction de la pluridisciplinarité. Au Québec, l'approche de santé publique pluridisciplinaire est en place depuis le début mais l'État n'a pas rendu accessibles ces services à tous les milieux de travail et les moyens qu'il octroie aux ESAT plafonnent, alors que le nombre d'établissements à desservir augmente (Plante, Bherer et Vézina, 2010)⁵. En France, la pluridisciplinarité existait déjà implicitement dans les pratiques de certains MDT. Elle a été formalisée plus récemment, traduisant la volonté de l'État de rendre plus efficaces les actions de prévention en milieu de travail, et cela, dans un contexte de pénurie de MDT. Cette pénurie est d'ailleurs un des éléments majeurs du contexte actuel, tant en France qu'au Québec.

Le tableau 1 ci-dessous synthétise les différences de contextes entre le Québec et la France, du point de vue du type de prévention, d'approche adoptée, d'origine des mandats et de leur contenu, des acteurs des SST et des entreprises desservies.

	Québec	France
Prévention exercée	primaire et secondaire	primaire, secondaire et tertiaire
Approche adoptée	santé publique, centrée sur l'environnement de travail, pluridisciplinaire dès la mise en application de la LSST (1979)	médicale, centrée sur les travailleurs (1946) évoluant vers plus d'actions en milieu de travail (1979) réalisées en pluridisciplinarité (2004)
Origine des mandats et orientations	La CNESST administre la loi et confie, aux directions de santé publique de chaque région, des mandats à réaliser dans les entreprises des secteurs priorités et leur octroie un budget.	Chaque SSTi détermine ses priorités d'action pour les entreprises adhérentes en définissant son "projet de service".
Contenu des mandats	Le mandat principal : élaborer et mettre en application un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) avec une mise à jour aux 7 ans: activités de surveillance environnementale, médicale, information et formation, soutien à l'organisation des premiers soins.	Chaque service doit offrir : des consultations médicales aux salariés, systématiques (une visite aux deux ans) ou sur demande; voire des entretiens infirmiers. Le MDT doit conseiller l'entreprise et les salariés. Il est responsable de la visite d'embauche et d'émettre un avis d'aptitude des salariés (ce dernier point fait l'objet d'un décret en 2016).
Dispositif et acteurs y participant	Équipes de santé au travail (ESAT) locales, constituées de médecins, infirmières et techniciens en hygiène du travail auxquels peuvent s'ajouter coordonnateurs, adjoints administratifs, hygiénistes du travail, et, depuis peu, ergonomes.	Médecins regroupés dans des SSTi employant aussi des assistantes de santé au travail (ASST), des infirmières de santé au travail (IDEST) et des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Ces derniers peuvent être des ergonomes, des psychologues du travail, des ingénieurs en prévention des risques, etc.
Entreprises desservies	Seules les entreprises des secteurs dits "prioritaires" font l'objet d'un PSSE, ce qui représente 20% des entreprises et 25% des travailleurs du Québec.	Chaque entreprise est obligatoirement adhérente à un service de santé au travail et tous les salariés sont couverts par la visite médicale (avec des différences de périodicité pour la surveillance renforcée). Les salariés de la fonction publique ne sont pas couverts par les SSTi mais par la médecine préventive, tout comme les salariés de grandes entreprises qui ont leur propre service de médecine préventive (SSTa).

Tableau 1 Comparaison des contextes des services de santé au travail au Québec et en France

⁴ Ferré, N. (2010). Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé », *PISTES*, 12-1. <http://pistes.revues.org/1618>

⁵ Plante, R., Bherer, L., Vézina, M. (2010). Comment protéger la santé des travailleurs dans un système qui ne repose pas sur les notions d'aptitude et d'inaptitude ? *PISTES*, 12-1 <http://pistes.revues.org/1687>.

La comparaison des formes de travail collectif pluridisciplinaire en lien avec les différences de contextes décrites précédemment fait apparaître que les pratiques collectives d'intervention sont différentes au Québec et en France. Les pratiques de pluridisciplinarité, instaurées récemment en France, font que le MDT reçoit les demandes et délègue une partie de la tâche à l'IPRP ou à l'IDEST alors que, jusque-là, il était le seul à pouvoir accomplir ses tâches. Le travail collectif entre MDT et IPRP prend la forme d'une co-action ou d'une collaboration. Il peut prendre parfois la forme de coopération ou d'entraide lorsque les binômes IDEST/MDT ou IPRP/MDT travaillent ensemble depuis un certain temps (expérience d'intervention) et qu'ils partagent des références communes sur la manière de faire de la prévention des TMS dans l'entreprise et auprès du salarié.

Au Québec, le travail collectif pluridisciplinaire réalisé par les équipes d'intervention en matière de prévention des TMS est fortement cadré. Il l'est, à la fois par des règles institutionnelles qui, dès le départ, ont déterminé la composition pluridisciplinaire des ESAT et par la prescription d'une démarche structurée, décidée institutionnellement et comportant des outils que les intervenants ont pu s'approprier. Ce référentiel commun nous semble permettre des formes avancées de travail collectif dans les équipes d'intervention, avec des délibérations pour prendre des décisions concertées. Par ailleurs, le fait que les entreprises sont, le plus souvent, non demandeuses d'intervention en santé au travail, obligent les équipes à recourir à des stratégies pour convaincre l'entreprise de la pertinence de faire de la prévention. Ainsi, la préoccupation partagée par tous les professionnels de sensibiliser les milieux et de les amener à se prendre en charge, comme le préconise l'approche de santé publique, donne lieu à des formes de travail collectif pouvant aller jusqu'à la coopération et l'entraide (Prud'homme, Bellemare et Caroly, 2015). Notons que le travail collectif avec l'ergonome, qui n'est pas un membre "régulier" de l'équipe, mais plutôt une ressource que l'équipe appelle au besoin, s'apparente plutôt à la co-action.

Le tableau 2 ci-dessous montre les différences de travail collectif pluridisciplinaire en France et au Québec, selon les décisions, modalités d'intervention, la répartition des rôles, les outils d'intervention, la nature des échanges entre les acteurs et les formes de travail collectif.

	Au Québec	En France
Décision de mener une intervention	Prise par l'équipe par la consignation du "risque TMS" dans le PSSE	Prise par le MDT, en lien avec des demandes exprimées directement ou indirectement
Modalités de l'intervention	Prescrites, transmises lors d'une formation commune et adaptées par l'équipe selon les particularités de l'entreprise	Peu prescrites, déterminées par le MDT selon la formation qu'il a reçue et par l'organisation du SST
Répartition des rôles	Chaque membre de l'équipe peut participer à l'intervention et lorsqu'un ergonome fait partie de l'ESAT, on a recours à son expertise.	Le MDT peut déléguer des actions aux IPRP (évaluation des risques) aux IDEST (séances d'information) et à des acteurs hors de son SSTi.
Outils	Répertoire commun avec possibilités de choisir localement	Peu d'outils formalisés partagés
Nature des liens entre acteurs	Échanges d'information, décisions prises ensemble	Échanges d'information et délégation de la part du MDT
Formes du TCP	Collaboration, coopération et entraide entre les membres de l'équipe d'intervention; co-action de l'ergonome avec l'équipe d'intervention.	Co-action et collaboration entre les membres de l'équipe

Tableau 2 Modalités du travail collectif pluridisciplinaire face à la prévention des TMS au Québec et en France

Cette double comparaison des contextes et des modalités de travail collectif pluridisciplinaire nous amène à identifier l'influence du contexte sur les ressources et les contraintes pour le travail collectif

et à pouvoir faire des recommandations sur les orientations possibles du système de santé au travail et santé publique.

Il apparaît que dans le contexte français, la parole des salariés entendue lors de la visite médicale individuelle par le MDT permet d'orienter les actions en milieu de travail, en cela c'est une ressource pour la prévention. En effet, la visite médicale régulière offerte à tous les salariés, ce qui n'est pas le cas au Québec, facilite la construction d'un diagnostic sur la souffrance des salariés par rapport à leur situation de travail, fait émerger des demandes et représente un appui solide pour faire de la prévention primaire en entreprise (par exemple dans le cas de TMS, le diagnostic médical fait par le MDT amène à de l'aménagement du poste réalisé par l'IPRP ou une campagne de sensibilisation, faite par l'IDEST). Le travail collectif entre un MDT/IPRP/IDEST est donc enrichi par ce qui est échangé avec le salarié lors de la consultation du MDT ou de l'entretien infirmier aujourd'hui et aide à l'élargissement du périmètre d'action de prévention des intervenants en entreprise.

Au Québec, le médecin et l'infirmière n'ont pas accès formellement à l'expression de la parole et la souffrance des salariés, la consultation médicale n'existant pas. Ils y accèdent indirectement, à travers les représentants du personnel et les directions. Par contre, les ESAT ont une mission commune, une démarche d'intervention structurée avec des outils partagés, ce qui n'est pas le cas en France. Ceci est une ressource pour la coordination entre les professionnels et l'efficacité de la prévention. L'approche de santé publique mise en œuvre par les équipes d'intervention se fonde sur une démarche structurée de connaissance de l'entreprise, avec des outils ayant fait leur preuve sur la surveillance environnementale des expositions au risque et de mobilisation des acteurs dans la prévention. Cette démarche permet d'élaborer des stratégies en tenant compte des capacités et dispositions des acteurs de l'entreprise à agir en prévention. Par ailleurs, les intervenants des trois principaux métiers représentés dans les ESAT ont pu s'approprier la démarche proposée à travers une formation commune. Ce référentiel commun constitue une ressource importante pour le travail collectif.

Les contraintes des dispositifs de santé au travail et santé publique au Québec et en France peuvent se résumer ainsi sur le travail collectif empêché :

- L'offre de service est restreinte au Québec du fait que certains milieux de travail ne soient pas classés comme secteur prioritaire. Alors même que de réelles problématiques de risques sont présentes et ne peuvent accompagner par les ESAT dans des projets de prévention (exemple services de soin à la personne).
- Le statut du MDT, qui lui confère un rôle de coordination de l'équipe pluridisciplinaire et de prise en charge des consultations médicales, en France, inscrit le plus souvent sa relation avec les autres professionnels dans une relation de pouvoir qui l'amène à déléguer et à rendre plus difficile la coopération.

Les orientations futures que nous pouvons retenir de l'analyse des résultats de cette première tâche du programme de recherche :

- Les réformes en France devraient tenir compte davantage du rôle de la visite médicale dans la construction des stratégies de prévention primaire en entreprise.
- Le dispositif au Québec devrait davantage élargir le périmètre des entreprises couvertes par les actions de prévention.
- La prévention des risques complexes (exemple, TMS) doit s'appuyer sur la formation et l'usage d'outils communs de diagnostic pour donner les moyens d'un travail collectif pluridisciplinaire efficace (décision commune des stratégies d'intervention sur la base de référentiel commun). Ici le Québec, plus avancé que la France nous amène à réfléchir sur des modes opératoires prescriptifs à inventer.
- Au Québec, les ergonomes ne font pas partie systématiquement des ESAT. Les IPRP sont plus nombreux en France dans l'équipe pluridisciplinaire, ou parfois, dans une cellule experte en soutiens aux équipes de proximité. Pour favoriser la prévention des TMS dans les entreprises, il serait intéressant de les intégrer dans le travail collectif pluridisciplinaire au Québec.
- Au Québec et en France, le contexte de pénurie des MDT transforme nécessairement le champ des relations professionnelles des acteurs qui auront à prendre en charge demain la prévention des risques. L'embauche de nouveaux professionnels (ergonome, IDEST, technicien de prévention, psychologue, toxicologue, ASST etc.) est une nécessité. Cela nous amène à nous interroger sur leurs compétences et les instruments à inventer pour accomplir leurs tâches et leurs missions mais aussi sur les manières de construire les métiers. Il existe

en France et au Québec des regroupements par métiers qu'il serait souhaitable de soutenir (lieux privilégiés pour parler du métier qui sont utiles pour alimenter le travail collectif pluridisciplinaire).

Tâche 2 : types de travail collectif selon la nature des risques professionnels complexes

Notre objectif est de déceler les formes de coopération entre les professions de la prévention selon trois types de risques complexes et émergents (TMS, RPS, risques chimiques).

Nous faisons l'hypothèse que les MDT, les IPRP (les ergonomes, les psychologues du travail, les ingénieurs en prévention des risques, les toxicologues) et les IDEST travaillent ensemble de façons différentes selon le contexte législatif (résultats de la tâche 1) et la nature des risques (TMS, RPS, risques chimiques). Nous verrons dans la suite du rapport que le travail collectif pluridisciplinaire varie également selon les ressources disponibles dans le métier (tâche 3), les modalités du travail collectif (tâche 4) et les marges de manœuvres données par l'organisation du travail (tâche 5).

Pour l'analyse des résultats relatifs à la tâche 2, nous nous appuyons sur deux études :

- Une comparaison des formes de travail collectif selon la prise en charge de risques complexes (TMS) ou de risque « simple » (bruit) dans les équipes de santé au travail (ESAT) intervenant dans des entreprises du Québec afin d'élaborer des programmes de santé spécifiques à un établissement (PSSE) ;
- Une étude sur la relation MDT/IDEST dans une usine sur une action de prévention du risque cancérigène mutagène reprotoxique (CMR).

Ainsi, sur cette tâche, nous n'avons pas pu réaliser d'étude spécifique sur le travail collectif pluridisciplinaire à propos de la prévention des RPS, d'une part car la souffrance au travail relève bien souvent de l'activité du MDT dans le cadre de la visite médicale, d'autre part car nous n'avons dans notre population enquêtée qu'une seule psychologue du travail interviewée dans le cadre d'un SSTi.

Etude 1 tâche 2

Nous comparerons les interventions des ESAT sur le bruit et sur les TMS (Prudhomme, Bellemare, Caroly, à soumettre). La méthodologie déployée pour réaliser cette étude porte sur 65 entretiens semi-dirigés avec différents intervenants œuvrant dans des ESAT au niveau local, principalement des infirmières, des techniciens en hygiène industrielle et des médecins.

Les résultats montrent que les interventions sur les TMS font partie de l'offre de services des ESAT depuis 2008. Selon les régions, plusieurs modèles d'interventions ont été développés et il existe d'importantes différences dans les façons de faire. De plus, ce ne sont pas toutes les régions qui ont accès à un ergonomiste afin de soutenir les équipes dans leur intervention lorsque certaines problématiques relatives au TMS se posent. Les interventions en prévention des TMS sont moins développées dans ces régions sans ergonomiste. En ce qui concerne le bruit, nous constatons une plus grande uniformité dans la façon d'intervenir d'une région à l'autre. Ceci s'explique par des normes d'exposition établies et partagées par une formalisation des pratiques sur ce type de risque de même que par la possibilité d'imposer des sanctions en cas de dépassement des normes.

A travers cette comparaison du travail collectif des ESAT sur deux types de risques, l'un jugé complexe (TMS, étiologie multifactorielle – biomécanique, psycho-social, organisationnel) et l'autre jugé simple (bruit, modèle dose-effet), nous montrons que l'hétérogénéité des pratiques collectives sur un risque complexe est liée à l'usage d'un référentiel commun des pratiques, un socle solide de formation des intervenants qui s'adapte localement à l'organisation à laquelle le professionnel appartient et aux entreprises où l'intervention se déroule. L'enjeu ici est non seulement d'équiper l'activité collective des ESAT pour les aider à élaborer le PSSE, mais plus globalement à instaurer une dynamique de prévention dans l'entreprise sur ce type de risque qui nécessite des actions sur de multiples facteurs pour être durable et efficace. Il ressort que le travail collectif diffère selon la nature du risque et que des formes de travail collectif plus évoluées, de type coopération, sont observées dans le cas des risques complexes, dans la mesure où un référentiel commun à tous les professionnels existe.

Etude 2 tâche 2

Cette étude a porté sur l'analyse du rôle du MDT et de l'IDEST en charge d'une usine de 500 personnes dans la construction sociale de la prévention du risque CMR (Garrigou, Goutille, L'allain, en cours). Le MDT, une femme, fait partie d'un SSTi, il est à mi-temps dans l'entreprise depuis une

dizaine d'années. De son côté l'IDEST, salariée de l'entreprise est partie de l'entreprise suite à un burn-out. Ce burn-out est en partie lié à la charge de travail que portait l'IDEST dont les missions avaient été élargies à des actions de prévention. Il est aussi lié à la « charge psychique » de la gestion des questions et des craintes de maladies chez les travailleurs exposés aux produits CMR. Elle n'a pas été remplacée de suite et, durant l'étude, deux infirmiers se sont succédés. Le turn-over d'IDEST est important sur ce poste.

Le MDT a une bonne connaissance des produits CMR utilisés dans l'usine. Elle se base sur les connaissances scientifiques actuelles pour déterminer leur dangerosité et appliquer les principes d'éviction, de précaution, d'alerte en fonction de ce que lui rapportent les salariés dans son cabinet ou des plaintes recueillies sur le terrain. Elle a également une bonne connaissance des salariés et des postes de travail. Ce MDT a fait partie des acteurs clefs qui ont réussi à convaincre dans les années 2005-2006 les acteurs de l'entreprise à engager des investissements en matière de protection collective. Cette action a nécessité une forte mobilisation du CHSCT et une mise en demeure de l'inspection du travail pour insuffisance de protection contre les produits CMR. Pour élaborer un diagnostic sur le risque CMR, elle s'appuie sur 3 types de connaissances :

- les mesures issues de la dosimétrie ;
- elle construit son diagnostic en comparant dans un même milieu (par exemple, le poste de finition), les expositions/effets sur les salariés au niveau collectif pour en dégager des tendances sur les liens travail-santé qui ne soient pas liées aux réactions de l'individu seulement ;
- elle élabore son diagnostic dans le temps (par exemple « *cela fait 14 ans que je suis là et je n'ai pas eu de retour de réel problème des fosses nasales* »).
- il est à souligner qu'au cours de l'étude le MDT a demandé à être affectée à une autre entreprise, suite à des tensions avec la direction de l'entreprise.

L'IDEST, présente en permanence dans l'entreprise, assure les premiers soins à l'infirmier, s'occupe des convocations pour la visite médicale, gère le matériel médical, donne des conseils aux salariés et recueille des informations dans les ateliers lors d'échanges informels et organise les prélèvements d'urine lors des dosimétries. L'IDEST a une faible connaissance des produits CMR et de leurs effets. Elle est en charge d'archiver les fiches d'exposition pour le recensement des produits. Sa posture est parfois délicate, entre confidences faites par les salariés et pression de l'employeur pour obtenir des informations sur la santé des salariés. Même si elle était partie lors du début de l'étude, les entretiens font apparaître qu'elle a joué un rôle essentiel dans « l'accueil » des plaintes et des craintes de maladies des personnes exposées aux CMR. Ce qui n'a pas été le cas des deux personnes recrutées par la suite. Nous avons aussi identifié qu'elle a joué un rôle essentiel dans la « captation » de représentations du risque CMR des travailleurs perçues comme des représentations profanes.

Le travail collectif pluridisciplinaire entre l'IDEST et le MDT s'effectue principalement autour d'une délégation sur les tâches de mesure et d'éducation à la santé dans le cadre de la prévention des CMR. Des analyses approfondies des situations de travail et en particulier des expositions des travailleurs aux CMR ont permis de mettre en évidence que les travailleurs expérimentés s'étaient construits une expérience sensitive et corporelle des expositions, ce qui représentait une forme d'expertise quotidienne en matière d'exposition. Ces représentations des risques et cette expérience quotidienne étaient globalement méconnues du MDT et de l'IDEST. L'étude a aussi montré que des travailleurs qui ne se protégeant pas particulièrement des expositions CMR dans les situations de travail, pouvaient mettre en œuvre de stratégies élaborées afin de protéger leur entourage du risque de contamination par des produits ramenés à la maison. Il apparaît alors que l'articulation de la prévention des risques dans la sphère professionnelle et dans la sphère domestique est un moyen que pourraient développer les IDEST comme les MDT.

On remarque ainsi avec ces 2 études que le travail collectif diffère selon la nature du risque. Plus celui-ci est complexe et plus nous observons de la co-activité relative aux niveaux des compétences spécifiques de chacun des professionnels.

Tâche 3 : métier et développement de l'activité

Notre objectif est de décrire les caractéristiques des nouveaux métiers en émergence dans le cadre de la mise en œuvre de la loi (2004, 2012) sur la pluridisciplinarité dans les SSTi. Ici nous ne retiendrons que les IDEST et les IPRP, qui sont davantage une fonction regroupant plusieurs métiers (technicien de prévention, ingénieur, ergonomiste, psychologue). Nous ne décrivons pas le métier des MDT qui fait l'objet d'une précédente étude (Caroly et coll., 2011), ni celui d'ASST qui est en cours de

construction. Notre objectif est de rendre compte à la fois des conditions d'exercice de ces métiers d'IDEST et d'IPRP d'un point de vue historique, en fonction de leur milieu de travail, et de leurs activités de travail pour ensuite mettre en évidence dans la tâche 4 les possibilités de coopération entre les MDT et les IDEST ainsi que celles entre les MDT et les IPRP.

Etude 1 tâche 3 : Le métier d'infirmière en santé au travail (IDEST).

Nous reprenons ici quelques éléments sur l'histoire de cette profession (diplôme, cadre réglementaire, tâche prescrite) avant de présenter leur activité réelle de travail et les difficultés rencontrées dans l'exercice du métier.

Les IDEST relèvent d'une profession déjà organisée avec l'obtention d'un diplôme d'infirmier, l'exercice de leur pratique professionnelle dans les principes et la déontologie définie par le conseil de l'ordre des infirmiers. Ce métier partage avec le MDT la tâche du soin ainsi que le secret médical sur l'état de santé du patient, plus exactement du salarié en milieu professionnel. La fonction de l'infirmière est à la fois indépendante (c'est le « rôle propre » du code de la santé publique (1946, 1978) : répondre au besoin de la personne dans une approche multidisciplinaire par un diagnostic infirmier, des actions appropriées, participation à l'équipe soignante et gestion des dossiers de soins infirmiers). L'IDEST a aussi une fonction dépendante de l'application des prescriptions médicales et peut se trouver cantonné à des missions d'assistance du MDT. Le code du travail (R.4623-34) impose l'emploi d'au moins une infirmière (Infirmière diplômée d'état IDE ou infirmière de santé au travail IDEST) dans les entreprises d'au moins 200 salariés du secteur industriel et d'au moins 500 salariés pour les autres secteurs d'activité (ce qui laisse non couvert la plupart des entreprises du tissu économique français, les TPE/PME).

Dans les dispositions communes du décret de 2012, l'infirmier recruté dans un SST, diplômé d'Etat, exerce ses missions propres selon le code de la santé publique ainsi que celles définies par le MDT (R. 4623-14). Il a deux autres fonctions principales :

- Un entretien infirmier peut être mis en place pour réaliser les activités confiées à l'infirmier (Art. R. 4623-31). Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié.
- L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'informations collectives conçues en collaboration avec le MDT et validées par lui dans le respect des règles liées à l'exercice de la profession d'infirmier.

En novembre 2012, la circulaire de la Direction Général du Travail (DGT) précise le rôle de l'infirmière selon le type de service en santé au travail : en entreprise (SSTa), elle exerce un rôle de soin tandis que dans les SSTi, « les missions de l'infirmier sont exclusivement préventives, à l'exception des situations d'urgence » (Art. R. 4623-36 ; décret 2012).

L'étude nationale sur la population « infirmière de santé au travail », réalisée par le Groupement des Infirmier(e)s du Travail (GIT) en 2015, montre que parmi 684 répondants à un questionnaire, visant à mieux connaître le cadre d'exercice des IDEST, 87% se sentent autonome et indépendant pour dispenser des soins. Cependant ce résultat ne permet pas de distinguer les IDEST des SSTa des SSTi. Cette étude indique que globalement les IDEST perçoivent plutôt de l'autonomie professionnelle et semblent être dans de bonnes relations de collaboration avec le MDT. Nous montrerons des résultats plus nuancés issus de nos analyses qualitatives de leur activité réelle de travail.

Il nous est apparu intéressant de distinguer les IDEST des services autonomes (SSTa) dans les entreprises de celles travaillant dans les SSTi. Si les premières ont une ancienneté très élevée dans la constitution des références professionnelles qui fondent le métier, les deuxièmes sont beaucoup plus récentes liées à une arrivée dans les SSTi depuis la loi de 2012, avec une ancienneté qui n'excède pas 4 ans et qui est faible pour la plupart d'entre elles (1 à 2 ans d'ancienneté en moyenne en tant que IDEST en SSTi). Les IDEST dans les SSTa et SSTi partagent ensemble un référentiel métier sur le rôle propre de l'IDEST en santé publique, qui vise à amener le salarié à prendre conscience de sa santé globale en faisant des liens entre la vie personnelle et la vie professionnelle et de le conseiller sur le sommeil, l'addictologie, etc., même au-delà des questions du travail. Malgré ce référentiel commun, les conditions d'exercice du métier sont très différentes d'un milieu de travail à l'autre et n'aboutissent pas aux mêmes exigences et contraintes pour réaliser le travail : relation de dépendance aux MDT, nature de la proximité avec les salariés, pression ou non de l'entreprise, connaissance variable des emplois et du fonctionnement de l'entreprise.

Ainsi pour mieux comprendre l'émergence du nouveau métier d'IDEST en SSTi, notre méthodologie s'est orientée sur deux types de comparaison :

- Comprendre le travail des IDEST en SSTa (intra à l'entreprise, ici nous prenons appui sur une intervention réalisée dans une entreprise de grande taille) pour mieux identifier les caractéristiques des IDEST en SSTi. La méthodologie est la suivante : 6 réunions avec un groupe de 4 IDEST sur la base d'entretiens du sosie sur 3 séquences d'activités objet de discussion entre les professionnels (pré-visite, session secourisme, étude de poste). Ces réunions ont été complétées par 3 réunions avec des MDT volontaires du SSTa pour qu'ils puissent faire eux aussi un travail réflexif sur la relation MDT-IDEST. Cela s'est terminé par une réunion bilan entre les deux groupes.
- Etudier les tâches des IDEST des ESAT au Québec pour mieux saisir le rôle des IDEST en SSTi en France. La méthodologie est la suivante : recherche documentaire sur les différences de rôle attribué aux IDEST selon le système de santé au travail et le contexte de travail. Observations de 3 cas au Québec avec l'intervention d'IDEST dans l'équipe ESAT intervenant en entreprise. Comparaison avec les observations de 2 IDEST en SSTi en France de 3 séquences d'activité (entretien infirmier avec le salarié, CHSCT, restitution au MDT).

Nous retenons de l'analyse de nos résultats :

- Une dépendance aux MDT

La faible ancienneté des IDEST en SST inter-entreprises ne permet pas encore aux IDEST de construire des pratiques professionnelles collectives partagées, spécifiques et communes à ce nouveau contexte d'exercice. Qu'elles soient en SSTi ou en SSTa, elles sont en situation de dépendance vis-à-vis du MDT, qui guide et oriente leurs actions auprès des salariés et des entreprises. Cependant on constate des différences : les IDEST des SSTa qui ont plus d'ancienneté que celles des SSTi, ont acquis plus d'autonomie vis-à-vis des MDT. Les IDEST des SSTa connaissent parfois plus l'entreprise et les salariés que les MDT : elles sont en permanence dans le cabinet médical, elles peuvent se déplacer aisément dans l'entreprise, ou elles ont une ancienneté plus élevée dans l'entreprise. Si le MDT n'a pas une vision étroite du métier d'IDEST, elles peuvent aller bien au-delà de la tâche d'assistance à la visite médicale et de celle de secourisme. Il existe cependant une grande diversité selon les sites et la relation avec le MDT (par exemple, l'IDEST fera d'autres tâches que le cabinet, pourra faire des études de poste, ou participer au CHSCT). Si certains MDT ou IDEST dans les SSTa ont tendance à expliquer cela par le bon relationnel uniquement (bien s'entendre, compatibilité de caractères, même conception du travail), voire par des effets de personnalité, nous avons plutôt tendance à penser que cela relève de la façon dont se joue des relations de pouvoir asymétrique liée à des histoires différentes des métiers dans leur construction et à leur interaction dans l'expérience collective. Les IDEST des SSTa qui sont salariés de l'entreprise (rattaché au RH ou au service Hygiène et sécurité) sont subordonnées aux employeurs. Elles n'ont pas le statut d'indépendance vis-à-vis de l'entreprise comme les MDT. De plus les salariés les considèrent comme collègues et leur donnent accès à des informations que ne peuvent obtenir le MDT.

Les IDEST en SSTi n'ont pas un statut d'indépendance comme le MDT : elles ne peuvent pas aller dans l'entreprise comme elles le souhaitent ou elles n'ont pas le pouvoir de convoquer un salarié ou de l'extraire de son travail. Elles ont également moins cette proximité avec les acteurs de l'entreprise, tout comme les MDT des SSTi mais ces derniers peuvent pour certains suivre des entreprises depuis plusieurs années. Elles cumulent ainsi une faible expérience des caractéristiques des milieux professionnels des entreprises, que les MDT leur confient. Elles peuvent avoir aussi pour certaines d'entre elles une faible connaissance du travail quand elles n'ont pas travaillé dans le passé dans une entreprise en SSTa et qu'elles viennent d'être diplômées. Ainsi dans la plupart des cas, les IDEST sont en déficit de ressources dans la construction de leurs pratiques en SST inter-entreprises. Ceci s'explique également par leur faible nombre, même si les recrutements de ces professionnels sont en pleine expansion actuellement (exemple, dans un des SSTi suivis dans l'étude, passage de 2 IDEST à 8 en un an. Il n'existe pas réellement un collectif de travail d'IDEST en SSTi, il est en voie de constitution.

Le travail est prescrit principalement par les MDT en ce qui concerne les tâches d'entretiens infirmiers. Celui-ci est réalisé avec les salariés, entre deux consultations et les IDEST effectuent aussi quelques actions en entreprise encore trop peu fréquentes (sensibilisation sur un risque, participation à un CHSCT, visite d'un poste avec le MDT). L'autonomie quant aux modalités de réalisation de l'entretien

infirmier est relativement faible : la durée de l'entretien, le nombre de salariés à voir, le choix des entreprises sont définis par le MDT ou des logiciels de gestion pour absorber le retard du MDT dans ses visites périodiques. Ainsi, c'est bien souvent le modèle de la visite médicale qui s'impose à l'IDEST pour conduire son entretien. L'espacement des consultations du salarié par le MDT (visite périodique) varie de 2 à 4 ans entrecoupé par un entretien infirmier. Parfois le protocole d'entretien infirmier est même défini par les MDT avant l'arrivée de l'IDEST dans le SSTi. Le nombre d'entretiens infirmiers peut varier de 6 à 10 par jour, dans un cadre assez procéduralisé sur les informations à recueillir, à analyser et à mettre dans le dossier médical (papier ou informatisé). Elles doivent restituer aux MDT les entretiens réalisés, notamment les salariés qui posent des problèmes de santé-travail pour que le MDT puisse les revoir dans le cadre d'une visite à la demande du MDT ou du salarié. Cette restitution aux MDT est très variable d'un site à l'autre et selon les MDT. Certains prennent un temps planifié dans la semaine pour passer en revue tous les dossiers, d'autres le font de manière informelle, voire pas du tout.

Les difficultés rencontrées par les IDEST pour conduire ces entretiens se situent principalement à deux niveaux :

- manque de connaissance du travail, du contexte de l'entreprise, voir des salariés pour élaborer un diagnostic médico-professionnel, attendu par les MDT. Leurs conditions d'apprentissage du milieu de travail ne sont pas toujours pensées (connaissance des entreprises, des conditions de travail, des expositions aux risques et de moyens de prévention) et rendent leur activité médico-professionnelle difficile pour faire le lien entre le travail et la santé du salarié. Cependant quelques IDEST ont un parcours passé en SSTa avant d'intégrer un SSTi et elles peuvent s'appuyer sur leur expérience pour conduire un entretien sur les questions du travail pour faire le lien avec la santé.

- lors des restitutions de ces entretiens au MDT, les IDEST rencontrent une difficulté à restituer au MDT sur les aspects « santé publique » du salarié (approche globale de la santé dans la vie personnelle, les modes de vie, sans lien nécessairement direct avec le travail). Les MDT attendent plutôt des informations sur la santé au travail pour être plus efficaces dans leur suivi du salarié. Les IDEST se sentent parfois frustrées de ne pas être reconnues dans leurs compétences propres, voire de ne pouvoir les exprimer.

Les évolutions des services de santé au travail vers plus d'entretiens infirmiers pour répondre aux exigences médicales risquent de rendre difficile à terme le développement du métier des IDEST, notamment à tenir leur rôle propre (approche de santé publique), d'autant qu'elles ne sont pas encore véritablement constituées en collectif de travail comme nous l'avons déjà souligné.

Dans certains SSTi, il arrive de rencontrer des IDEST qui sont en sous-activité car les attendus sont mal définis par les directions et elles ne sont pas véritablement souhaitées par certains MDT, qui voient leur arrivée comme une perte possible de la dimension médicale de leur métier. D'autres MDT, à l'inverse, sont très demandeurs d'embauche d'IDEST pour pouvoir développer leur activité médicale sur des registres plus d'expertise professionnelle (gestion des cas difficiles et complexes ou actions de prévention spécifiques en entreprise en fonction de leurs compétences). Ces MDT de la même manière qu'ils ont une secrétaire attirée, voient dans la possibilité d'avoir une IDEST attirée, une voie d'amélioration de l'efficacité de leurs actions.

Les IDEST, qu'elles soient en SSTi ou en SSTa, se posent la même question « *jusqu'où on va avec le salarié ?* ». Nous reviendrons sur cette question dans la tâche 4 sur l'activité collective du binôme MDT/IDEST.

Pour finir, en comparaison avec le Québec, où l'IDEST est inscrite directement dans une équipe de santé au travail multidisciplinaire avec une approche essentiellement primaire de la prévention (pas de consultation individuelle avec le salarié de l'entreprise), nous constatons que cette question des difficultés ressenties dans l'exercice du métier est principalement présente dans le système de santé au travail français. Il n'y a pas d'activité clinique dans les actions des infirmières au travail au Québec, au-delà d'une surveillance médicale lorsque l'ÉSAT constate l'utilisation de certains produits, le béryllium par exemple ou encore dans les cas de dépassements des normes d'exposition au bruit. Elles sont inscrites dans les actions visant la réalisation du PSSE dans l'entreprise, coordonnées par le MDT en collaboration avec le technicien hygiène et sécurité : pour cela, elles prennent contact avec l'entreprise, elles s'occupent de la surveillance médicale (approche collective), elles renseignent la fiche d'établissement, le bilan lésionnel, elles font les séances d'information, elles participent à la rédaction du PSSE. Les points communs entre la France et le Québec sont :

- L'élaboration d'un binôme stable entre l'IDEST et le MDT. Celui-ci existe déjà dans certains SSTa en France mais il est en cours d'élaboration dans les SSTi ;

- Partage d'outil de traçabilité de l'évaluation des risques et de la prévention : le dossier médical en France, le PSSE au Québec ;

On notera que l'infirmière a pu construire son métier en étant directement dans une équipe pluridisciplinaire (MDT/technicien) au Québec alors qu'en France, l'histoire des rapports interprofessionnels se caractérise d'abord par l'existence classique d'un binôme MDT-IDEST dans un premier temps, qui s'est élargi à la pluridisciplinarité avec d'autres (ergonome, psychologue, etc.) dans les SSTa. Dans les SSTi, les IDEST sont arrivées après les IPRP dans des équipes plus ou moins constituées (de façon transversale la plupart du temps), ce qui pourrait être un rapprochement possible avec le système de santé au travail au Québec.

Etude 2 tâche 3 : La fonction d'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)

Les objectifs de cette étude étaient de rendre compte que la fonction d'IPRP regroupe plusieurs métiers avec des compétences variées mis au service de la pluridisciplinarité dans les SSTi en France. Nous verrons donc l'existence de domaines d'activité qui sont occupés par certains métiers des IPRP puis nous aborderons les relations de collaboration avec les MDT dans la tâche 4.

La méthodologie mise en œuvre pour caractériser cette fonction d'IPRP composée de plusieurs métiers a porté sur deux études :

- Etude 2.1 : un questionnaire envoyé aux IPRP à l'aide de l'association AFISST : 269 IPRP ont répondu à cette enquête. Nous reprendrons ici les résultats statistiques de la population ainsi que ceux sur les domaines d'activité selon les métiers. Cette enquête de 2014 a pu être comparée à celle de 2006 de l'AFISST et du CISME pour comprendre les évolutions des métiers dans la fonction IPRP en SSTi en France. Ces questionnaires ont été complétés par la réalisation en juin-juillet 2015 de 21 entretiens semi-directifs avec des IPRP volontaires sur le thème de la pluridisciplinarité. Nous reprendrons ici les résultats qualitatifs sur leur perception des tâches de travail selon les parcours professionnels des IPRP.
- Etude 2.2 : Plus de 10 jours d'observations ergonomiques de l'activité des IPRP suivi d'entretiens d'auto-confrontation simple et croisée a permis d'organiser des discussions collectives au sein de groupes d'IPRP volontaires sur les traces de leur activité. L'analyse de ces débats entre les IPRP a conduit à dégager de spécificités de leurs différents métiers par rapport aux autres professionnels qui composent la pluridisciplinarité dans les SSTi.

Résultats de l'étude 2.1 : IPRP une fonction avec plusieurs métiers et domaines d'activité

Actuellement, il y a environ 1100 IPRP dans les SSTi en France. En l'absence de données sur les caractéristiques socio-démographiques de cette population, nous n'avons pas pu déterminer si les 269 IPRP répondants de notre enquête sont représentatifs ou non de la population globale des IPRP (Caroly, Sallah, Landry, 2014). Nos résultats correspondent donc davantage à une photographie partielle de cette population, qu'il nous est nécessaire de décrire avant de rendre compte de l'analyse des résultats.

La population des 269 IPRP enquêtés se caractérise de la façon suivante : un peu plus de femmes (59%) que d'hommes, plutôt des jeunes (moyenne d'âge 36 ans avec la moitié dans la tranche 22 à 35 ans), ancienneté faible dans la fonction (40,5% moins de 5 ans, 50% ont entre 5 et 10 ans), tout comme dans le SSTi (42% moins 5 ans, 38% de 5 à 10 ans) mais un peu plus élevé pour 20% des IPRP de plus de 10 ans dans le SSTi (ceux sont des personnes qui ont eu soit une mobilité entre plusieurs SSTi ou qui ont évolué au sein d'un même SSTi avec des reconversions professionnelles vers la fonction d'IPRP).

Nos résultats d'analyse montrent que :

- Les domaines de tâches (ergonomie, évaluation des risques, métrologie, information-conseil, etc.) dépendent de la profession d'origine des IPRP. Il existe une répartition des tâches selon les compétences issues de leur formation initiale et de leur expérience professionnelle.

On observe que les ingénieurs HSE réalisent des tâches d'évaluation des risques, de conseil en sécurité (prévention des accidents du travail), en hygiène industrielle, et de la métrologie sur les ambiances chimiques. Les techniciens de prévention font aussi de l'évaluation des risques, du conseil en sécurité et ils réalisent des tâches de métrologie d'ambiance physique et chimique ainsi que des formations des salariés à la prévention. Les ingénieurs chimistes donnent des informations-conseil en toxicologie, hygiène industrielle, et font de la métrologie ambiance chimique. Les ergonomes réalisent des études ergonomiques, des diagnostics sur les risques organisationnels, font des recommandations pour le maintien en emploi du salarié et donnent des conseils en psychosociologie.

Les psychologues se positionnent tout comme les ergonomes sur les risques organisationnels, l'ergonomie et la psychosociologie. On remarque ainsi que les ingénieurs et techniciens sont davantage dans une expertise technique et les ergonomes et les psychologues dans une expertise psycho-sociale.

Il est intéressant de noter l'évolution des tâches entre 2006 et 2014 pour deux métiers ayant une certaine ancienneté dans les SSTi : les ingénieurs HSE et les ergonomes. Ces deux métiers font moins de maintien dans l'emploi et d'hygiène industrielle entre les deux périodes et donnent tous les deux plus de conseils en psychologie sociale aux entreprises. Cela peut s'interpréter par une évolution des besoins et des demandes des entreprises faites aux professionnels des SSTi. Les ingénieurs HSE ont des demandes constantes entre les deux périodes sur l'évaluation des risques, la sécurité et le diagnostic sur les risques organisationnels. Ils font moins de tâches d'études ergonomiques. Tandis que les ergonomes ont une stabilité des demandes d'études ergonomiques et de diagnostic sur les risques organisationnels, ils font moins de tâches reliées à l'évaluation des risques. Cette évolution des domaines d'activité selon les métiers entre deux périodes semble indiquer une meilleure affirmation de l'identité professionnelle au sein des SSTi qui peut s'expliquer par une augmentation de la taille des équipes autorisant plus de spécialisation et par une intercompréhension plus grande des entreprises et des MDT de ce que peut apporter chaque professionnel.

- Les objectifs poursuivis par les IPRP relèvent principalement de la santé, viennent ensuite les objectifs de sécurité. La poursuite de ces objectifs dépende des métiers : les ergonomes, psychologues du travail poursuivent davantage des objectifs de santé et les ingénieurs HSE et technicien de prévention des objectifs de sécurité.
- La répartition des différents métiers sur les niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) fait apparaître des complémentarités (cf. figure 1). Même si ce découpage est relativement segmentée et loin de la réalité de l'activité, il a l'intérêt de rendre compte des perceptions différentes sur les domaines de tâches couverts par les uns et les autres. Les ergonomes se représentent davantage dans la prévention tertiaire, les ingénieurs dans la prévention primaire, les psychologues du travail dans la prévention secondaire et les techniciens de prévention dans tous les niveaux de prévention.

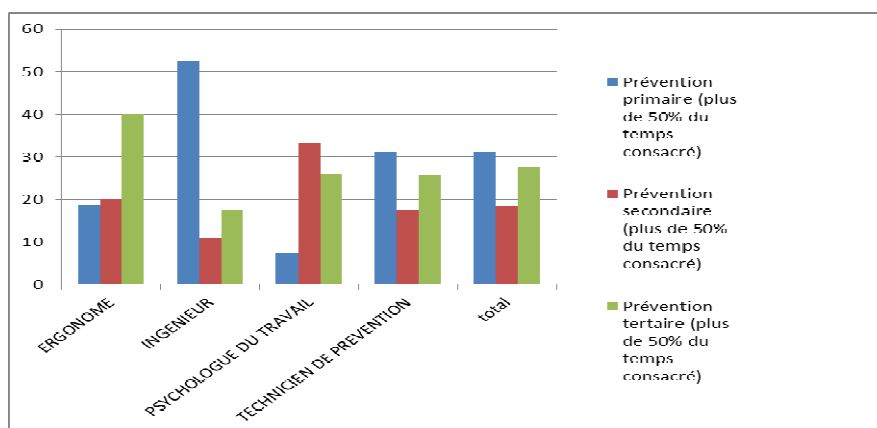


Figure 1 : Répartition des temps consacré par les IPRP aux types de prévention selon leur profession d'origine.

Résultats de l'étude 2.2. Les observations de l'activité des IPRP

Les IPRP ont des difficultés à construire un collectif de travail. Cela s'explique, d'une part, par une ancienneté relativement récente dans cette fonction, et d'autre part par le fait que cette fonction d'IPRP est occupée par des professionnels provenant de différents métiers : ergonomes, psychologues du travail, ingénieurs en prévention des risques, chimistes, technicien en hygiène sécurité et environnement. Ils ne partagent pas les mêmes cadres de référence sur la façon d'intervenir, ni les mêmes modèles conceptuels sur le travail, la santé et l'homme au travail, sans compter qu'à l'intérieur de chaque métier, il existe des controverses sur la façon de faire son travail. Par exemple, l'ergonome peut se positionner comme « expert des conditions de travail » alors que d'autres ergonomes sont

plutôt dans l'« accompagnement d'un processus de changement » ; le psychologue du travail peut être plutôt « expert de l'Homme au travail (perception, comportement) » ou « comprendre la relation entre le travail et l'engagement subjectif » ; l'ingénieur en prévention des risques peut être plutôt « expert de la sécurité ou spécialiste des facteurs d'exposition » ou être orienté vers le « management des risques, en cherchant à intégrer la prévention dans les autres logiques de l'entreprise (production, qualité) ».

Les échanges que nous avons initiés dans des groupes d'IPRP volontaires sur les traces de leur activité (observation de visite de poste en entreprise, évaluation des risques, métrologie, etc.) a participé à l'élaboration d'un collectif de travail qui a pu exprimer leur spécificité par rapport aux autres professionnels (notamment les MDT lors de phase de restitution à l'ensemble du personnel des SSTi, lors des interventions d'accompagnement au changement ou projet de service). Les IPRP positionnent le périmètre de leurs compétences dans l'expertise sur l'évaluation des risques, qu'ils peuvent apporter à l'entreprise et aux MDT, ainsi que dans les préconisations en matière de prévention des risques. Leur difficulté est de convaincre l'employeur sur la prise en compte des risques professionnels. Leur temps d'intervention en entreprise est limité (un à deux jours environ) et l'absence d'évaluation sur les actions engagées par l'entreprise suite à leurs recommandations les amènent à se poser beaucoup de questions sur l'efficacité de leur intervention. Les évolutions des SSTi vers plus d'obligations de faire des fiches d'entreprises pour répondre aux exigences réglementaires risquent de limiter leur travail à une approche technicienne, alors que leur souhait d'évolution de leur fonction serait pour certains de pouvoir davantage accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de la prévention des risques.

Nous n'avons pas développé dans cette tâche 3 le métier d'ASST qui est en cours de construction. Nous pouvons néanmoins retenir quelques éléments de nos analyses :

- Le périmètre de leurs missions est souvent très flou, leurs tâches résident principalement dans « tout ce qu'il reste à faire et qui n'est pas fait par les autres professionnels » ;
- Elles sont en reconversion pour une partie d'entre elles après avoir été secrétaire médicale en SSTi. Elles peuvent rencontrer des difficultés de positionnement par rapport à leur ancien métier pour elle-même ou dans la relation avec les autres professionnels. Par exemple, certaines ASST ont des difficultés de positionnement dans les tâches à accomplir par rapport aux IPRP (les périmètres d'action et de compétences sont flous)
- Le modèle organisationnel dans lequel elles sont positionnées, est plus celui de « l'assistance/délégation technique ». Elles peuvent être rattachées au service de prévention ou à équipe locale pluridisciplinaire.
- Elles attendent davantage de reconnaissance des autres professionnels et de leur direction, notamment sur leurs compétences de gestion de la relation aux salariés et de relai d'information aux employeurs.

Tâche 4 : les relations inter-métiers : co-action ou collaboration ?

L'objectif de cette tâche est de rendre compte des activités collectives entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire des SSTi. Nous présentons ici les résultats d'analyse de deux études :

- La collaboration IDEST/MDT ;
- La co-activité IPRP/MDT.

Ceci nous amènera à conclure sur la nécessité de construire des modalités de coordination entre les professionnels pour pouvoir intervenir de façon efficace et efficiente dans la prévention (actions coordonnées auprès des salariés et des entreprises et avec eux).

La méthodologie de ces deux études est la suivante :

- Etude 1 : Nous avons identifié une situation caractéristique d'actions collectives entre MDT et IDEST : le temps de restitution de l'entretien infirmier aux MDT par l'IDEST (5 réunions de restitution observées). Pour mener l'observation de ces séquences de travail collectif MDT/IDEST, nous avons préalablement fait l'observation des entretiens infirmiers (18 au total) que réalise l'IDEST avec les salariés. Puis nous avons fait des entretiens d'auto-confrontation simple avec l'IDEST observée sur les entretiens infirmiers et leur restitution au MDT, ainsi qu'un entretien d'auto-confrontation simple avec le MDT sur cette restitution. Le matériel obtenu a ensuite été discuté avec un autre binôme MDT et IDEST, réalisant la même méthodologie. Nous avons fait également l'observation d'une séquence de travail d'une IDEST dans un CHSCT et sa restitution au MDT de cette entreprise. Pour compléter ce dispositif méthodologique nous avons réalisé des entretiens collectifs avec un groupe de MDT

volontaires sur leur relation avec les IDEST. De plus, l'étude dans un SSTa (cf. étude 1 tâche 3) a permis de mettre en évidence des difficultés dans le binôme MDT-IDEST qui peuvent éclairer les points d'achoppement dans la relation entre ces professionnels dans le SSTi.

- Etude 2 : Nous avons identifié une situation d'action collective IPRP/MDT caractéristique de leur travail collectif : la visite d'entreprise pour faire une évaluation des risques, notamment rédiger la fiche entreprise (5 visites observées). Ces visites ont fait l'objet d'un entretien d'auto-confrontation simple avec chaque professionnel observé, puis d'un moment d'échange entre eux pour se terminer par une restitution et discussion avec un groupe d'IPRP et MDT volontaires (4 réunions collectives). L'objectif était que chacun puisse dire ce qu'il fait dans sa propre activité et que les débats sur les pratiques collectives inter-métiers puissent amener chaque métier à des développements possibles de leur activité. Cette situation d'actions collectives de la visite en entreprise a été complétée par l'observation d'une autre séquence : une réunion MDT/IPRP visant à analyser la demande d'une entreprise et à se positionner collectivement pour y répondre. De plus les résultats de l'enquête auprès de 269 IPRP en partenariat avec l'AFISST a permis de caractériser la nature du travail collectif MDT/IPRP et les difficultés perçues par les IPRP. Enfin, des entretiens collectifs auprès de groupes d'IPRP volontaires ont complété les entretiens collectifs auprès de groupes de MDT volontaires de façon à recueillir la perception de l'autre dans la pluridisciplinarité. Plusieurs entretiens individuels avec des IPRP et des MDT ont permis d'approfondir certains points de l'analyse de résultats sur les formes et caractéristiques du travail collectif IPRP/MDT et leurs effets sur l'efficacité de la prévention des risques.

Etude 1 tâche 4 : La collaboration IDEST/MDT

D'abord, nous constatons qu'il existe des variations de représentation entre MDT dans ce que peut signifier la mission d'assistance au MDT à propos des tâches de l'IDEST. Comme nous l'avons dit précédemment (étude 1 tâche 3), certains MDT cantonnent l'IDEST à un rôle d'assistance médico-technique alors que d'autres leur donnent la possibilité de faire une activité de prévention spécifique à leurs compétences et formation, qui se trouve être complémentaire à l'activité du MDT.

Le partage des activités, notamment lors des entretiens de restitution des entretiens infirmiers, nous est apparu une dimension importante de construction du travail collectif entre MDT/IDEST particulièrement intéressant à instruire. Il apparaît que le fil conducteur de ces restitutions est la santé au travail du salarié. Autour de ce fil se dessine des nœuds de tension comme l'affirmation du métier de chacun, l'importance de la configuration des espaces de travail et des outils de travail (dossier patient) partagés. La connaissance de l'autre et le besoin de s'accorder ensemble pour tenir une conduite vis-à-vis du salarié ou de l'entreprise sont apparus incontournables pour pouvoir coopérer.

Nous observons que les IDEST n'attendent pas le moment formel de la restitution pour questionner le MDT. Pendant l'entretien s'il y a un doute sur l'interprétation de résultat (par exemple, EFR), l'IDEST parle aux MDT quand elle le croise au café ou dans le couloir. Ainsi la proximité géographique est importante, elle ouvre des marges de manœuvre pour pouvoir réguler avec le MDT les aléas des situations de travail que rencontrent l'IDEST.

La durée d'un entretien infirmier est variable d'un SSTi à l'autre. Pour les SSTi impliqués dans l'étude, l'entretien infirmier dure entre 35 et 50 min (en moyenne 45 min.). Il comprend une partie d'entretien avec le salarié sur son travail et sa santé, une autre avec quelques examens complémentaires (vision, audition, respiration, etc.). Prenons l'exemple d'un entretien infirmier pour en comprendre son déroulement. Celui-ci dure 37 min. avec un Monsieur travaillant comme gardien d'immeuble. Il n'a pas vu le MDT depuis plus de 2 ans, il est convoqué pour un entretien infirmier pour la première fois. L'IDEST a 2 ans d'ancienneté dans le SSTi, le MDT plus de 20 ans. Celui-ci connaît bien l'entreprise où travaille le Monsieur, il accompagne l'entreprise dans plusieurs actions de prévention depuis une dizaine d'années.

L'entretien infirmier se déroule de la façon suivante : 1/ Présentation des objectifs de l'entretien infirmier et du rôle de l'IDEST (1,5 min.), 2/ Etat civil (1 min.), 3/ Questionnement sur le travail (7,5 min.), 3/ Questionnement sur la santé (5 min.), 4/ EPI et autres risques (2,5 min.), 5/ Perception de la charge de travail (1 min.), 6/ Médical : arrêt de travail (2 min.) ; 7/ Vie familiale (1,5 min.), 8/ Santé publique (sommeil, alcool, sport, etc.) (9,5 min.), 9/ Prise de la tension/poids/taille/vision (3 min.), 10/ Remise d'un papier certificat/ conclusion (2,5 min.).

L'IDEST essaye de suivre le guide d'entretien infirmier conçu par un groupe de MDT. Ce guide comporte les thématiques à recueillir auprès du salarié sur le travail, la santé et sa perception des risques. Il est très proche des informations à renseigner dans le dossier médical informatisé du salarié

(mêmes catégories). L'IDEST note les informations au fur et à mesure de l'entretien sur l'ordinateur. Elle imprime ensuite le document et le glisse dans le dossier. Sa liberté d'action se trouve dans la façon de conduire l'entretien, de remettre des dépliants d'information sur les risques et la prévention au salarié ou de donner des conseils.

La restitution avec le MDT a lieu une fois par semaine, tous les lundis matin. Tous les dossiers sont passés en revue. Le binôme MDT/IDEST se met devant l'ordinateur et regarde les pages écran au fur et à mesure que l'IDEST restitue et qu'un échange entre MDT et IDEST s'instaure. Pour faciliter la lecture de ce qui est renseigné par chacun, les informations sont de couleurs différentes dans le dossier.

Les différents entretiens infirmiers recueillis et auto-confrontés ont fait l'objet de discussion au sein du groupe de MDT/IDEST constitués. Cela permet de dégager avec les professionnels 3 facteurs favorisant la mise en œuvre de la coopération dans le binôme MDT/IDEST:

1/ un partage d'information utile à la connaissance de chacun : Lors de la restitution des entretiens infirmiers, le MDT peut apporter à l'IDEST sa connaissance du contexte de l'entreprise, du travail, du salarié. L'IDEST ayant moins d'ancienneté que le MDT, peut bénéficier de son expérience et gagne du temps sur la compréhension du milieu de travail du salarié. Ceci s'inscrit dans une relation d'échange car l'IDEST apporte à son tour des informations nouvelles au MDT sur l'entreprise et les salariés, qui sont utiles au MDT pour tenir la continuité de la connaissance du milieu. Il arrive également que lors de la restitution l'IDEST puisse approfondir ses connaissances médicales en posant une question au MDT sur une pathologie particulière.

Le partage de connaissances entre le MDT et l'IDEST s'oriente vers l'élaboration d'un référentiel commun de connaissances pour pouvoir évaluer les risques professionnels dans la situation de travail. Par exemple, dans le cas d'un gardien d'immeubles, lorsque l'IDEST demande au salarié de décrire son travail en questionnant le nombre de soulèvements de charges lourdes, la façon de faire le nettoyage (usage de produits chimiques, équipements utilisés, travail seul ou en collectif) ou bien la quantité de pièces ou de montées d'immeubles nettoyées, il s'agit de se construire avec le MDT une échelle de pénibilité avec des critères précis de façon à pouvoir établir un lien possible entre les expositions de travail et les troubles de santé. Par exemple le monsieur a mal au dos, peut-on considérer le travail comme sollicitant pour son dos ?

L'élaboration de ce référentiel entre les professionnels permet non seulement d'avoir des critères communs pour poser un diagnostic des liens travail-santé et surtout de pouvoir orienter les actions de prévention.

2/ Construire un référentiel commun pour agir en prévention

Nous avons pu observer que l'espace-temps utilisé par le binôme MDT/IDEST pour la restitution des entretiens infirmiers est une ressource pour les professionnels pour développer l'activité individuelle et collective en prévention. Autrement dit, une fois le diagnostic partagé par le binôme, celui devient opératif pour engager des actions concertées sur le salarié, son environnement de travail ou l'entreprise. Par exemple, le constat que les salariés sont exposés à des produits chimiques peut aboutir à une question posée en CHSCT sur les produits de substitution, un conseil donné au salarié lors de la consultation du MDT, de l'entretien infirmier ou une campagne de sensibilisation sur les moyens de protection, ou la nécessité de revoir le salarié en visite à la demande du MDT pour mener des actions de maintien dans l'emploi, etc.

Plusieurs objets intermédiaires ou objets frontières se construisent et s'élaborent dans cet espace-temps, ils traduisent une coopération fructueuse qui s'appuie sur un référentiel opératif commun visant l'action de prévention. Par exemple, mettre un post-it dans l'agenda du MDT ou dans le dossier du patient sur une action à faire.

3/ L'IDEST est complémentaire au MDT, mais jusqu'où ?

Le mode de questionnement de l'IDEST lors de l'entretien infirmier avec le salarié n'est pas très différent de celui que ferait le MDT lors de la consultation médicale. Par exemple, on retrouve le même interrogatoire du salarié « votre travail consiste en quoi ? » ou « votre dos, ça va votre dos ? ». Les façons de questionner le travail, la santé et le lien entre les deux se ressemblent. Mais à questions égales, les réponses des salariés ne sont pas forcément les mêmes. A formulation de questions proches, les intentions du MDT et de l'IDEST ne sont pas nécessairement les mêmes. Enfin, la bonne articulation et l'absence de redondance entre les deux temps de l'entretien repose sur le développement du travail du binôme (par exemple sur les traces de l'entretien : la manière dont celui qui questionne en second reprend ou pas les annotations remplies par le premier dans le dossier). La

ressemblance dans le questionnement du salarié peut s'expliquer par la formation initiale en soin, le cadre d'entretien infirmier construit souvent par les MDT et par des objectifs proches en termes de recueil d'information auprès du salarié. Le point de différence est que l'IDEST approfondit plus dans le détail l'hygiène de vie personnelle du salarié, bien que le MDT explore lui aussi les liens entre la vie personnelle et la vie au travail. Mais l'IDEST passe plus de temps à donner des conseils de sensibilisation sur la santé publique (sommeil, tabac, etc.). La coopération apparaît ici comme une complémentarité des compétences mises au service du salarié.

La question posée par les professionnels MDT et IDEST sur jusqu'où va l'infirmière est celle implicite du remplacement des MDT par les IDEST, crainte nourrie par les réformes successives alors que les compétences ne sont pas les mêmes et sont complémentaires. La relation de dépendance des IDEST vis-à-vis du MDT se caractérise par une délégation de tâches: les MDT nous disent que l'IDEST fait ce qu'on ne peut pas faire, il nous apporte la connaissance du contexte « *une part de l'entretien infirmier n'est pas très éloigné de ma pratique, ça m'arrange.* ». Les IDEST répondent à cela par « *Les IDEST ne sont pas des subalternes des MDT!* », elles tiennent à leur rôle propre d'infirmière et à ce qu'elles peuvent apporter au salarié de façon complémentaire au MDT. La réduction du temps d'entretien infirmier ne leur convient pas et elles ne veulent pas être cantonnées à une restitution au MDT uniquement sur la dimension professionnelle du salarié qui peut avoir des retentissements sur leur troubles de santé, elles sont attachées à rendre compte de la vie quotidienne du salarié (vie familiale, hygiène de vie, etc.) et de leur façon de se prendre en charge (médecin traitant, spécialiste, sport, etc.)

Les discussions entre MDT et IDEST sur « *faut-il ou non revoir le salarié avec le MDT suite à un entretien infirmier?* » sont particulièrement intéressantes pour rendre compte que les niveaux de diagnostic de la relation santé-travail ne sont pas les mêmes selon les compétences professionnelles. Par exemple, un salarié explique qu'il a un kyste à la main qui le gêne et que celui-ci serait lié selon lui à des gestes répétitifs comme le nettoyage de vitres. L'IDEST au cours de l'entretien ne sait pas déterminer si le trouble de santé est réellement en lien avec le travail et indique au salarié qu'elle va demander au MDT et voir avec lui pour une maladie professionnelle. Le MDT dans cette situation dit qu'il aurait évalué la gravité du trouble (douleur ponctuelle ou chronique). L'IDEST interroge le salarié sur la gêne occasionnée par ce kyste et le salarié l'informe qu'il voit bientôt son médecin traitant pour être opéré. Dans cette situation, la discussion entre l'IDEST et le MDT sur la restitution de l'entretien de ce salarié, notamment ses douleurs et sa prise en charge, amène le binôme à décider de ne pas re-convoquer le salarié, que le MDT verra plus tard le salarié lors de la visite de reprise.

Cette situation permet de comprendre que l'IDEST n'est pas en capacité seule de réaliser un diagnostic sur la relation travail santé et que c'est par l'échange avec le MDT qu'ils construisent ensemble un diagnostic orientant l'action vis-à-vis du salarié. A la question « *jusqu'où peut aller le travail de l'infirmière?* », les professionnels ont pu dire que se reposer trop sur l'IDEST peut poser la question de la responsabilité de l'IDEST dans le diagnostic travail-santé. Il y a bien une coopération à envisager dans une complémentarité et une reconnaissance de compétences de chacun : le MDT peut poser le diagnostic médical travail-santé, il a les compétences et la légitimité de le faire, tandis que l'IDEST recueille des éléments de base de la relation travail-santé ainsi que sur la santé publique. Elle peut formuler des hypothèses sur le lien travail-santé à valider avec le MDT.

Ces résultats montrent que la restitution des entretiens infirmiers entre IDEST et MDT est un espace-temps important de débat visant la confrontation des données recueillies par chacun. Ce travail ensemble, selon les conditions de sa réalisation (avoir du temps pour le faire, passer en revue tous les dossiers en s'attardant sur les cas difficiles, l'usage du dossier médical du salarié, etc.), peut être une véritable ressource pour le développement de l'activité individuelle de chacun. Il donne une marge de manœuvre dans l'organisation de la coopération qui donne du pouvoir d'agir à chaque métier mais aussi des moyens pour réguler collectivement des situations épineuses avec les salariés ou les entreprises. Autre exemple, l'IDEST qui participe au CHCST découvre l'existence de postes avec des expositions potentielles à l'amiante, le MDT décide de faire des visites renforcées. Ou bien l'IDEST apprend une réorganisation d'un atelier et le MDT interroge le vécu des salariés sur ce changement lors des consultations médicales.

Etude 2 tâche 4 : une relation de co-activité entre IPRP/MDT

Nous prendrons ici appui dans un premier temps sur les résultats de l'enquête auprès de 269 IPRP que nous avons réalisée en partenariat avec l'AFISST. Puis nous reprendrons des résultats issus des discussions entre les MDT et IPRP à propos de situations de travail collectif observées.

En 2014, les IPRP perçoivent que les modalités de collaboration avec les MDT sont définies pour 53%, sont en projet pour 18% et ne sont pas définies pour 29%. Les interventions se font principalement à la demande des MDT (97%). Les modalités de travail collectif entre le MDT et l'IPRP sont les suivantes :

- Lors d'une intervention d'IPRP en entreprise, le MDT est informé dans 100% des cas.
- Les demandes d'intervention sont pour 38% sous forme écrite, pour 23% en appel téléphonique et 23% en courriel libre. Seules 11% des demandes font l'objet d'une rencontre physique entre le MDT et l'IPRP préalablement à l'intervention de l'IPRP dans l'entreprise.
- Dans 85% des cas, il y a un temps d'échange entre le MDT et l'IPRP sous forme de face à face, de courriel ou de téléphone. Ce temps d'échange ne semble pas varier selon le métier d'origine des IPRP.
- Un protocole écrit précisant les modalités de collaboration MDT/IPRP est fait dans 90% des cas pour le psychologue du travail et dans 60% pour les autres professionnels
- La pré-visite en entreprise IPRP/MDT se fait surtout pour les psychologues du travail (58% des cas) et les ergonomes (45% des cas)
- Outre la pré-visite, l'intervention en entreprise se fait le plus souvent ou toujours plutôt seule pour l'IPRP (96% des cas)
- La présentation du rapport à l'entreprise se fait plutôt ou toujours seul pour l'IPRP (64% des cas) ou avec le MDT (42% des cas).

Cette enquête sur les IPRP a permis de mettre en évidence une certaine dépendance aux MDT quant à la demande d'intervention mais de l'autonomie liée à l'expertise dans l'intervention sur les différents domaines selon les métiers.

L'analyse des résultats issue des discussions entre MDT/IPRP sur les ressources et les difficultés de leur activité collective montre que les façons de faire de la pluridisciplinarité ne sont pas forcément partagées et intégrées de la même manière dans l'activité individuelle selon les métiers. Selon que le MDT considère la relation avec les IPRP comme une situation de délégation ou de complémentarité des compétences, nous ne décelons pas les mêmes manières de faire de la pluridisciplinarité un moyen de développement de sa propre activité individuelle. Par exemple, le MDT débordé par l'effectif de salariés à voir en consultation médicale, peut dire en parlant de l'ergonome-IPRP « *il est la petite main que je n'ai pas le temps de mettre dans l'entreprise* » à propos d'études de poste demandées par l'entreprise. Le fait d'avoir accès à un spécialiste aide le MDT à répondre aux demandes des entreprises. Il lui donne du pouvoir d'agir dans une situation de travail relativement empêchée. Mais il est aussi un moyen d'élargir ses possibilités de réponse et d'intervention en entreprise lorsqu'il demande une expertise technique en vibration ou en chimie dont il n'a pas les savoirs pour la mener seul. Ainsi, dans la mesure où le travail collectif est perçu comme une ressource, un apport complémentaire à chacun et pas seulement comme un moyen de compensation pour pallier aux insuffisances de temps et ou de compétences du MDT, la pluridisciplinarité prend une tout autre forme d'activité collective, fondée alors sur de la collaboration et la construction d'un collectif de travail. La relation d'échange mutuel entre le MDT et l'IPRP se caractérise par une connaissance des pratiques de l'autre, une reconnaissance des compétences de chacun, une relation de confiance et la recherche d'une posture commune vis-à-vis de l'entreprise, visant plus d'efficacité sur la façon de sensibiliser et d'agir en prévention.

Du côté des IPRP, l'incompréhension du rôle du MDT dans la définition des contours de la pluridisciplinarité prescrite peut alimenter des crispations des postures des IPRP pour dépasser une relation de dépendance et s'inscrire dans un travail collectif fructueux avec le MDT. Par exemple, ils ne comprennent pas bien comment sont définies les branches professionnelles prioritaires par les MDT et ont l'impression de ne pas participer réellement aux orientations du SSTi. Une technicienne lors d'une visite en entreprise visant à construire des outils d'évaluation des risques pour la branche des coiffeurs nous a rapporté lors de l'entretien d'auto-confrontation simple « *à quoi sert la présence du médecin ?* ». Durant toute la visite celui-ci ne parle pas, il observe et ne pose que deux questions vers la fin de la visite sur les extincteurs et la trousse de secours. Le MDT lors de l'auto-confrontation collective croisée entre les deux professionnels peut alors expliquer à l'IPRP qu'il s'efface pour trois raisons principales : donner la possibilité à l'IPRP de tenir son rôle technique vis-à-vis de l'employeur, lui permettre de conduire la visite pour faciliter la rédaction du rapport qu'il fera à l'entreprise, pouvoir se construire un diagnostic sur l'entreprise et les salariés (« *J'aime bien aller avec une IPRP dans l'entreprise. C'est un prétexte pour venir dans l'entreprise. Je peux regarder pendant qu'elle pose les questions au responsable (produit, mobilier, relation entre les salariés)* »). On remarque également

que même s'il n'y a pas eu réellement de concertation sur l'entreprise entre MDT/IPRP avant le rendez-vous en entreprise, le fait d'avoir fait la visite ensemble leur permet de partager un diagnostic sur l'exposition au risque (usage de produits chimiques pour les teintures et bac pour laver les cheveux très bas) et d'orienter des actions futures de prévention (demande de fiche FDS pour les produits chimiques, recherche de produit de substitution). Les échanges dans la voiture entre le MDR/IPRP portent sur les possibilités d'amener l'entreprise à une prise en compte des risques (MDT : « *La responsable a 30 ans d'expérience. Selon elle, il n'y a pas d'odeur = c'est pas dangereux. C'est important de sortir de la perception des risques.* »).

L'absence d'espace de discussion sur les apports mutuels du travail collectif constitue une difficulté majeure pour le binôme MDT/IPRP de comprendre l'autre, ses savoirs et ses compétences mais aussi à se percevoir soi-même (ses propres zones d'action, son territoire de compétences) pour travailler avec l'autre. Lorsque cet échange réflexif sur le travail collectif et le rôle de chacun peut avoir lieu, les professionnels sont amenés à changer leurs représentations pour travailler ensemble de façon complémentaire (IPRP : « *j'ai perçu l'objectif du MDT, ça peut occasionner des questions (à la responsable de l'entreprise). C'est l'intérêt d'y aller avec un MDT. Nous c'est l'aspect technique et vous le médical* ». MDT « *Je devrais avoir l'équipe d'IPRP pour moi toute seule. Là il faut se partager les compétences des IPRP* » « *si on sait les attentes des IPRP, ça sera plus facile pour nous de savoir quelle place leur donner.* »

Le travail collectif entre MDT/IPRP quand il peut être objet d'une activité réflexive peut devenir une véritable ressource pour l'activité individuelle de chacun et participer à l'élaboration d'un collectif inter-métiers. Prenons deux exemples issus de nos observations de terrain et de nos discussions avec les MDT/IPRP pour l'illustrer :

- Entretien de concertation service de prévention/MDT au sujet d'une demande entreprise. La concertation IPRP/MDT par rapport à une demande d'intervention en entreprise permet non seulement de partager des informations sur le contexte et les acteurs mais aussi d'aider le MDT à formuler sa demande vis-à-vis de l'entreprise.
- Réunion CHSCT IPRP/MDT. La coordination des prises de parole du MDT et de l'IPRP pour restituer un diagnostic sur l'évaluation des risques permet à l'IPRP de montrer son expertise à l'entreprise et au MDT de traduire dans le langage de l'entreprise l'analyse et d'amener les acteurs à une dynamique de prévention.

Ainsi la concertation et la coordination sont deux conditions pour favoriser le travail collectif pluridisciplinaire entre MDT/IPRP.

Par ailleurs, les IPRP constitués en collectif sont porteurs de plusieurs demandes de procédures auprès des MDT (ex : fiche de demande d'intervention). Ils sont demandeurs de faire évoluer les pratiques de restitution des MDT de leur rapport d'étude à l'entreprise. En effet il existe une hétérogénéité de la pratique des MDT sur ce point, qui s'adapte souvent au contexte et aux acteurs de l'entreprise, mais qui par sa diversité ne permet pas aux IPRP d'avoir un retour d'expérience sur l'efficacité de leur activité et de la co-activité avec le MDT sur la prévention mise en œuvre dans l'entreprise pour la suivre sur le long terme.

Tâche 5 : l'intervention sur la conception de l'organisation du travail en SST.

Les objectifs de cette tâche sont de mettre en évidence les formes d'organisation en SST qui favorisent la pluridisciplinarité entre des professionnels de métiers différents (MDT, IPRP, IDEST, ASST). Les réformes successives en santé au travail de ces dernières années orientent les SST vers une organisation prescrite du travail où le MDT coordonne des équipes pluridisciplinaires et où l'équipe définit un projet de service.

La réalité des formes d'organisation du travail sur le terrain est souvent le résultat d'une construction sociale et historique liée aux pratiques individuelles et collectives des différents professionnels en interaction dans ces SSTi, au management par la direction du service et au contexte territoriale des entreprises adhérentes (secteur d'activité, taille des entreprises, type d'emploi, localisation géographique, nature des risques).

Notre méthodologie est fondée sur deux types d'approche :

- Analyse descriptive du fonctionnement du SSTi pour caractériser les formes d'organisation du travail et les projets de service : recueil de documents divers, une soixantaine d'entretiens individuels, constitution de 10 monographies de SSTi avec des catégories de données à renseigner.
- Intervention visant l'accompagnement de changements organisationnels ou l'élaboration de projet de service : 3 SSTi et 1 SSTa ont fait l'objet d'intervention (20 jours/SST). Les difficultés rencontrées dans ces interventions sont très riches d'enseignement.

Nous organiserons la présentation des résultats selon 3 conditions organisationnelles favorisant l'activité collective. A l'image d'une fusée à trois étages, la conception de l'organisation du travail dans les SSTi nécessite de prendre en compte les 3 dimensions suivantes pour pouvoir développer une réelle pluridisciplinarité entre les professionnels qui soit fondée sur la collaboration et la coopération :

- Le pouvoir d'agir des professionnels dépend des marges de manœuvre organisationnelles : rôle de la direction du SSTi et du CA, influence du projet de service ;
- La perception du rôle de l'autre dépend des formes d'organisation du travail collectif (faire des choses ensemble pour croiser les regards) ;
- Les moyens organisationnels visant à créer un collectif inter-métiers (activité réflexive collective) peuvent améliorer la relation de service au bénéfice du salarié et/ou de l'entreprise.

Nos interventions étaient basées sur le postulat que le développement de collectif métier allait permettre aux professionnels d'exprimer un point de vue sur leurs besoins en matière d'organisation du travail pour pouvoir développer leur activité individuelle et le travail collectif pluridisciplinaire. Nos trois interventions de terrain se sont trouvées bloquées par la faiblesse des marges de manœuvres organisationnelles qui est venue heurter le pouvoir d'agir développé par les collectifs de professionnels métiers (Caroly, Dugué, Coutarel, Petit, 2014, 2015).

Le manque de marges de manœuvre organisationnelles se caractérise de plusieurs façons :

- La pénurie des MDT pèse évidemment sur les moyens de concevoir des formes de travail collectif favorisant la pluridisciplinarité. Par exemple, le centrage sur l'absorption du retard des consultations médicales ne donne pas la possibilité au MDT de faire la visite d'entreprise avec l'IPRP ou de faire des débriefings avec l'IDEST sur les dossiers de salariés qui le nécessiteraient.
- Le développement des marges de manœuvre locales vient se heurter à l'organisation matricielle. Par exemple, les actions de prévention d'un ergonome à ¼ temps dans une cellule locale pluridisciplinaire dans une zone géographique éloignée des services centraux sont gênées par les actions transversales à réaliser.
- Les exigences médico-réglementaires issues de la réforme des SST pèsent sur les choix organisationnels. Par exemple, la fiche d'entreprise est source de tensions entre les professionnels dont les responsabilités sont différentes (seul le MDT a une autorité légale) et les compétences dans l'évaluation des risques sont de niveaux différents (la mesure de l'exposition n'est pas faite de la même manière par un ingénieur en prévention, un MDT ou un technicien hygiène et sécurité). Lorsque la direction du SSTi ou le conseil d'administration demande à tous les salariés, quel que soit leur profession, de faire des fiches d'entreprise pour répondre au prescrit, il semble que les situations de blocage entre les professionnels sur cet objet sont plus liées à ces choix organisationnels liés au contexte législatif et aux dimensions historiques et réglementaires de construction des professions, qu'à des conflits relationnels potentiels entre les professionnels.
- Le développement des marges de manœuvre locales, dans les collectifs de métier et inter-métiers ne peut être durable que si les responsables de SST ont la possibilité eux-mêmes de développer leurs propres marges de manœuvre. Par exemple, le directeur ou la directrice d'un SSTi peut être dans des injonctions contradictoires fortes entre les attentes de son conseil d'administration pour répondre aux demandes des entreprises adhérentes (faire systématiquement toutes les visites médicales des salariés), les attentes des réformes (faire coopérer des professionnels autour d'un projet de service), les besoins des professionnels (promouvoir la santé et être efficace dans son action de prévention). Le constat est que les directeurs sont souvent seuls face à ces dilemmes, pas toujours formés au management et la conduite de projet, et en difficultés pour effectuer le travail d'organisation du SSTi.
- Le développement des marges de manœuvre des uns ne peut être perçu comme une réduction du pouvoir d'agir des autres. Par exemple, l'entretien infirmier est une marge de manœuvre donnée à l'IDEST pour connaître les risques des salariés : elle peut élaborer ainsi son activité de prévention auprès des salariés en réalisant des brochures d'information ou

construire une campagne de sensibilisation sur les risques, qui seront davantage adaptées à leurs besoins. En ce sens, l'IDEST est complémentaire à l'action du MDT. Pourtant certains MDT perçoivent l'activité de l'IDEST comme une perte de leur pouvoir d'agir en médecine du travail. Par exemple, la diminution des effectifs de visite systématique pour les MDT quand ils travaillent avec une IDEST les conduit à ne voir que les salariés à problème, à ne plus avoir une connaissance approfondie de l'entreprise par le suivi de salariés sains, etc.

- Le climat globalement très négatif des SSTi dans lesquels nous sommes intervenus peut s'expliquer également par les difficultés rencontrées par les acteurs pour mettre en œuvre la pluridisciplinarité, qui se traduit par des situations tendues, conflictuelles. Par exemple, les difficultés de la direction face à son conseil d'administration mais également face au pouvoir des MDT. Dans bien des cas, les MDT, parce qu'ils le peuvent statutairement, se réfugient dans des pratiques individuelles correspondant à leur culture historiques. La possibilité pour ces MDT de se mettre d'accord entre eux, sur leurs priorités par exemple, est difficile à construire. Dans une de nos interventions, c'est le blocage des MDT contre l'idée de partage et d'homogénéisation de leurs pratiques par eux-mêmes qui a conduit à l'arrêt de l'intervention.

La pluridisciplinarité nécessite un projet organisationnel qui comporte plusieurs aspects :

- Le projet de service peut être un instrument favorable au développement du travail collectif ;
- Les démarches participatives de changement peuvent favoriser la construction du travail collectif, faciliter le renforcement des liens inter-individuels et la définition d'une structure organisationnelle plus adaptée aux pratiques professionnelles ;
- La structure organisationnelle du SSTi favorise les relations d'échange entre les différents professionnels ;
- Le développement d'outils de travail qui ont un statut d'objet intermédiaire ou frontière peut favoriser le travail collectif pluridisciplinaire.

La durée d'accréditation du projet de service et son contenu apparaissent de bons indicateurs pour évaluer la capacité des acteurs du SSTi à construire un référentiel opératif commun sur le fonctionnement et l'affirmation des objectifs de santé au travail de l'équipe pluridisciplinaire. Quand il est abordé par les professionnels comme une opportunité de renouveler les pratiques individuelles et collectives, il devient l'occasion de transformer les situations d'actions caractéristiques de prévention, d'augmenter les marges de manœuvre de chacun et de construire des modalités de la coopération entre les professionnels. La structure du projet de service qui se fait autour des valeurs « métier » facilite l'élaboration d'actions collectives tant du point de vue d'axes prioritaires (ex : maintien dans l'emploi, risques spécifiques à une branche professionnelle, etc.) que des modes opératoires pour la conduite du projet (ex : constitution de groupe de travail où chaque métier représenté peut apporter une valeur ajoutée au diagnostic des situations et au pilotage des actions).

La structure organisationnelle du SSTi est un déterminant important du travail collectif de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons rencontré dans nos enquêtes de terrain deux formes principales de structures organisationnelles, à laquelle s'ajoute une troisième, hybride des précédentes :

1/ une équipe pluridisciplinaire transversale ou un service de prévention avec des cellules expertes centralisées : il s'agit davantage d'une prestation de service interne où le MDT fait appel aux compétences expertes d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire pour répondre à une demande de l'entreprise (ex : ingénieur chimiste pour des mesures en métrologie ou technicien de prévention pour des conseils au document unique d'évaluation des risques auprès de l'employeur). A l'intérieur de cette équipe pluridisciplinaire transversale, on trouve des domaines d'activité : par exemple toxicologie, RPS, ergonomie, métrologie. Les demandes sont traitées selon des procédures établies et la répartition des actions à mener est discutée en réunion d'équipe selon le degré d'urgence et régulée par le coordinateur de l'équipe. Cette nouvelle fonction de coordinateur du service de prévention ou équipe pluridisciplinaire est occupée soit par un MDT du SSTi, considéré comme référent de l'équipe ou soit un ingénieur de prévention ou ergonomiste, recruté souvent au niveau Bac +5.

2/ Des cellules pluridisciplinaires locales ou des équipes pluridisciplinaires de proximité (les appellations sont très différentes d'un SSTi à un autre) : il s'agit de composer des équipes de petite taille avec une diversité de compétences, par exemple 1 MDT, 1 secrétaire, ½ infirmier, ½ assistant de santé au travail. Cette équipe s'auto-organise en fonction des besoins ou des demandes pour agir auprès des salariés et des entreprises d'un territoire géographique défini. L'équipe est animée par le

MDT de la cellule. Un debriefing formel de l'ensemble de l'équipe peut avoir lieu tous les 15 jours ou 3 semaines. Des réunions hebdomadaires entre le MDT et l'IDEST permettent une restitution sur le suivi médical des salariés. Les interactions informelles sont nombreuses du fait de la proximité dans le même espace de travail. Cette forme d'organisation de la pluridisciplinarité facilite les régulations collectives

3/ il s'agit d'un mélange entre les deux formes de structures organisationnelles précédentes : co-existence d'une structure pluridisciplinaire transversale spécialisée pour traiter des demandes ou des sujets plus pointus et d'une structure locale pour la gestion des tâches quotidiennes. Dans cette forme de structure organisationnelle mixte, la circulation de l'information peut être source de flou ou de tensions entre les professionnels avec parfois le sentiment de perte d'efficacité. Autrement dit, un dispositif de coordination ou une fonction assurant ce rôle, voire un comité de pilotage s'appuyant sur une structure organisationnelle matricielle bien définie, sont nécessaires pour faire le lien entre l'équipe pluridisciplinaire et les unités locales de santé au travail.

Dans les trois formes d'organisation, un pilotage de la pluridisciplinarité semble indispensable pour organiser les formes d'échange entre les professionnels de métiers différents. Ce pilotage favorise des formes d'actions collectives qui s'inscrivent dans le projet de service au travers la construction d'instruments de travail formels et partagés (par exemple uniformisation des documents comme la fiche entreprise, le rapport de visite de poste, etc.) ou d'outils plus spécifiques à chacun (ex : fiche d'entretien infirmier,...).

L'organisation du travail dans son fonctionnement, dans l'usage qu'en font les professionnels au fil du temps et du partage d'expériences, peut amener à des innovations dans les actions à conduire en entreprise : définition d'actions collectives, de modes d'intervention plus tournés vers des réponses à des problématiques (ex : campagnes thématiques) ou des conduites de projets, s'appuyant sur la complémentarité de compétences des professionnels, plutôt que des actions expertes d'un métier isolé des autres dans la démarche engagée auprès de l'entreprise et des salariés. Cela nous amène à notre dernier point sur les résultats de la tâche 5 : la nécessité de développer des modes d'organisation qui favorisent le collectif inter-métiers pour améliorer la prestation de service aux adhérents.

Le concept de collectif de travail que nous avons mobilisé dans nos interventions pour penser avec les professionnels et leurs directions les transformations de l'organisation du travail (ou le projet de service) est à interroger doublement sur les méthodologies d'expérimentation/simulation à inventer. Des ressources notamment en termes d'activité collective réflexive sont à construire dans l'organisation pour élargir les marges de manœuvre situationnelles (celles qui vont aider le professionnel à faire face aux perturbations dans son activité ou à gérer les déterminants internes ou externes de sa situation de travail). Cela permet à chacun de développer sa propre activité individuelle mais aussi de rendre le travail collectif inter-métiers plus efficace. Des dispositifs tels que l'évaluation des pratiques professionnels (EPP) que l'on trouve dans des collectifs de pairs (MDT volontaires pour échanger sur leurs pratiques, ou plus récemment entre IDEST) est indispensable pour le développement du métier et la construction des compétences et de l'identité professionnelle. Ce retour d'expérience sur la pratique de travail collectif nous semble tout aussi important à concevoir dans l'organisation formelle du travail pour permettre aux professionnels de métiers différents d'échanger sur le « faire ensemble ». Prendre le temps de se concerter avant l'action, de débriefer après l'action collective, d'analyser son activité collective, tout cela nécessite des moyens organisationnels : stabilité du binôme, confiance dans l'autre pour le confronter sur sa pratique, etc. Il est important de se connaître soi-même (par métier) pour travailler avec l'autre. Les espaces de discussion entre pairs sur les façons et manières de faire l'activité réelle, d'occuper différentes postures professionnelles en fonction de ses propres caractéristiques, du travail réalisé et du contexte d'intervention, sont indispensables à maintenir dans l'organisation du travail (par exemple, les groupes d'analyse de la pratique). Mais il apparaît tout aussi indispensable pour développer la pluridisciplinarité de créer des espaces de discussion entre les professionnels sur le travail collectif. Avoir une analyse réflexive sur ce travail collectif est une voie pour construire du collectif inter-métiers, qui est un enjeu de prévention durable et efficace. Un collectif inter-métiers ne se décrète pas, il faut du temps pour le construire et avoir des moyens dans l'organisation pour élaborer des règles inter-métiers, des valeurs et du sens sur le travail collectif efficient.

Plusieurs modèles de pluridisciplinarité (que nous avons explicités plus haut) se trouvent en concurrence et se confrontent dans les pratiques des SSTi. La tension entre ces modèles peut se

retrouver entre SSTi mais aussi parfois au sein d'un même SSTi. Il nous semble que la qualité du travail et du service que l'on souhaite rendre aux adhérents et aux salariés, pour assurer une prévention efficace et préserver la santé des travailleurs pourrait être un objet de controverses entre les professionnels de métiers différents et leur direction pour approfondir les débats nécessaires au travail collectif et opérer les choix organisationnels pertinents.

Les SSTi se trouvent souvent tiraillés entre le fonctionnement collectif des équipes pluridisciplinaires de terrain, tournées vers des réponses à construire pour aider les salariés et répondre à des « demandes » émanant des entreprises, et une politique « de l'offre », structurée autour de projets thématiques transverses, peu articulés avec la clinique médicale (dans certains cas ils peuvent l'être mais cela demande alors beaucoup d'engagement des différents acteurs, notamment pour la coordination des actions). Cette tension issue d'organisations matricielles peut rendre les tâches de management et de gestion plus complexes.

Résultats scientifiques

Nos principaux résultats en lien avec nos objectifs scientifiques montrent que la pluridisciplinarité nécessite un projet organisationnel fondé sur le développement des métiers, d'une part, et du travail collectif, d'autre part. Cela suppose d'exposer son activité, ses dilemmes quotidiens, pour débattre et positionner le métier et les métiers de la pluridisciplinarité. Ce travail est difficile à mettre en œuvre dans les SSTi et les pratiques observées restent très variables. Cette situation freine le développement des nouveaux métiers qui ont besoin de construire des repères stables.

Nous retiendrons de nos résultats scientifiques :

1) Développement des métiers en lien avec la pluridisciplinarité :

* *MDT*: L'évolution de la démographie des MDT ainsi que de la réglementation (accélération en France des décrets depuis quelques années) amène à des changements sur les manières de concevoir la visite médicale. Nous constatons une absence de consensus sur la façon de voir l'évolution de leur travail. Il n'y a pas véritablement de collectif de travail et les postures professionnelles du MDT sont variables sur les façons de tenir dans l'activité (sens et efficacité) la santé au travail : selon les situations de travail rencontrées, le contexte de l'entreprise, les moyens disponibles donnés par le SSTi, ainsi que les compétences acquises en formation ou par expérience. Pour certains MDT, il s'agit de ne pas lâcher sur l'aptitude, avec le besoin exprimé de rencontrer tous les salariés dans le cadre de la visite médicale. L'activité de consultation est le cœur de leur métier et il délègue sur le tiers temps en entreprise aux IPRP par manque de temps. La pluridisciplinarité s'impose comme un moyen d'accomplir leur tâche de consultation et de visite en entreprise, notamment aujourd'hui avec l'arrivée d'IDEST pour réduire les retards en espaçant le temps entre deux visites médicales. Les décalages entre la tâche prescrite et la tâche réelle sont gérées par d'autres MDT avec d'autres postures professionnelles : combiner davantage la consultation et le tiers temps en étant moins dans la visite systématique et moins attaché à l'aptitude. Il s'agit à la fois de renforcer l'expertise du diagnostic santé travail sur les salariés dit « lourds » du point de vue des pathologies professionnelles et d'accompagner l'entreprise dans des actions de prévention. Les MDT dans cette posture sont plus à l'aise avec la pluridisciplinarité et ont le sentiment de faire un « vrai travail » de MDT. Ils perçoivent néanmoins les dérives possibles de la perte de l'aptitude en matière de précarisation du salarié et d'absence de leviers pour faire réagir l'entreprise sur les risques. Quel que soit leur posture professionnelle, les MDT possèdent de réelles compétences pour questionner le salarié, pour rédiger l'aptitude et chercher avec eux des moyens de prévention en l'entreprise.

* *IDEST*: Le partage des activités, notamment lors des entretiens de restitution des entretiens infirmiers, nous est apparu une dimension importante de construction du travail collectif entre MDT/IDEST mais aussi d'affirmation du métier d'IDEST. La configuration des espaces de travail et le partage d'outils de travail collectif (ex., dossier patient) apparaissent particulièrement importants pour organiser des débats entre ces deux professionnels et aller jusqu'à des confrontations de point de vue sur des actions concertées à engager auprès du salarié, dans son environnement de travail et avec l'entreprise. Le diagnostic opératif partagé par le binôme MDT/IDEST bénéficie des compétences de santé publique de l'IDEST et des paroles qu'elle peut recueillir du salarié qui sont différentes de celles qu'ils adressent aux MDT. Lorsque les IDEST sont en SSTa, sur le site de l'entreprise, elles peuvent jouer un rôle essentiel dans la « captation » des représentations des risques des travailleurs et dans l'identification de l'expérience sensorielle et corporelle qu'ils ont développé lors des situations

d'exposition (voir l'étude 2 tâche 2 sur les CMR). La traduction de ces représentations transmise au MDT participe à enrichir le recueil d'information pour le MDT en visite médicale mais aussi lors des analyses de postes menées dans le cadre du tiers temps.

* *IPRP* : La fonction d'IPRP est couverte par une diversité de disciplines d'origine générant des différences dans les domaines d'activité couverts par les IPRP. Selon que le MDT considère la relation avec les IPRP comme une situation de délégation ou de complémentarité des compétences, nous ne décelons pas les mêmes manières de faire de la pluridisciplinarité un moyen de développement de sa propre activité individuelle. Par exemple, l'ergonome IPRP peut se situer dans une prestation de service au MDT qui lui adresse une demande d'entreprise. Sa marge de manœuvre est relativement faible et il se situe alors comme exécutant des tâches que le MDT n'a pas le temps de faire en entreprise. Dans une autre posture, il peut se positionner dans une relation de service au MDT en l'aidant à reformuler la demande de l'entreprise, c'est-à-dire à avoir une réponse collective d'intervention dans l'entreprise selon l'efficacité évaluée de l'action. L'activité de l'IPRP est donc tributaire des conditions organisationnelles et/ou prescrites par le MDT pour dépasser le recours à l'IPRP comme moyen de pallier au manque de temps du MDT.

* *ASST* : nous avons peu analysé le métier d'ASST au regard de la pluridisciplinarité dans ce rapport, ce métier étant en pleine construction dans les SSTi, avec une forte hétérogénéité dans la définition des tâches, souvent celles qui ne sont pas couvertes par les autres professionnels.

2/ Des conditions du travail collectif pluri-professionnel

Nos résultats montrent que le travail collectif est une ressource pour les professionnels pour développer l'activité individuelle et collective en prévention. Ce travail ensemble, selon les conditions de sa réalisation (avoir du temps pour le faire, discuter sur les difficultés d'intervention ou les salariés en difficultés, l'usage du dossier partagé médical du salarié, la concertation avant la visite en entreprise, la restitution, etc..) peut être une véritable ressource pour le développement de l'activité individuelle de chacun. L'expérience de travail collectif au Québec dans les ESAT plus ancienne et organisée avec des outils partagés permet de mieux définir une mission commune dans la prévention respectueuse du rôle de chacun. L'effet du contexte législatif sur les pratiques collectives de pluridisciplinarité est important à prendre en compte.

Le travail collectif, dans certaines conditions, donne une marge de manœuvre dans l'organisation de la coopération qui donne du pouvoir d'agir à chaque métier mais aussi des moyens pour réguler collectivement des situations épineuses avec les salariés ou les entreprises.

Parmi les conditions d'un travail collectif pluri-professionnel efficace, il semble que la méthodologie utilisée pour favoriser l'activité réflexive collective est particulièrement importante. Par exemple, organisation de débats sur les traces de l'activité réelle de travail, d'abord entre pairs pour échanger entre professionnels d'un même métier sur les conflits ou dilemmes posés par l'activité, puis entre professionnels de métiers différents dans une perspective de développement des individus et du travail collectif pluridisciplinaire. Il apparaît ici que cette méthodologie favorise la prise de conscience de soi et une meilleure connaissance de l'autre, indispensable pour travailler ensemble.

3/ Le support organisationnel à la pluridisciplinarité

Nous avons montré que les SSTi sont organisés selon trois types principaux de structure et que l'implantation d'une réelle pluridisciplinarité suppose un pilotage et un travail spécifique dans chacune d'elles. Quant à savoir si la pluridisciplinarité permet de réaliser une prévention plus efficace, nos résultats indiquent que le travail collectif est favorable à la prévention durable (Caroly et al, 2008.).

Le contexte français présente une très grande hétérogénéité des pratiques en matière de pluridisciplinarité. La diversité des formes d'organisation rencontrées dans les services (SSTi) en témoignent : les IPRP ne sont pas toujours inclus dans les équipes de proximités. Ils sont parfois dans des cellules expertes centralisées. Ils reçoivent des demandes de la part des MDT, mais dans certains SSTi aussi directement des entreprises. Les demandes sont parfois analysées par les MDT qui, ensuite, sollicitent les collaborateurs et dans d'autres cas, les IPRP analysent eux-mêmes les demandes.

L'organisation de la pluridisciplinarité passe par l'accompagnement des SSTi pour conduire leurs changements. Les décrets imposés sont des sources de prescriptions qui modifient fortement les pratiques professionnelles et obligent la coopération et la coordination entre métiers. Cela demande du temps et des méthodes que les SSTi ne possèdent pas nécessairement. De plus, ces changements bouleversent tant les pratiques des « préventeurs » que des responsables de service

car les caractéristiques de gouvernance des SSTi doivent changer pour répondre aux exigences des décrets.

En conclusion, nous souhaitons insister sur l'aspect « clinique » des transformations à venir et sans doute à accompagner. Le point fort de cette recherche est de montrer l'importance de tenir simultanément les interactions entre l'organisation et les métiers. Si du côté de l'organisation nous n'avons pas de marges de manœuvre, c'est difficile de faire évoluer les métiers. Mais, de l'autre côté, si les métiers n'évoluent pas, se crispent dans leur positionnement, c'est difficile de faire évoluer les structures organisationnelles des SSTi. Aujourd'hui, les différents métiers (mais sans doute tout particulièrement les MDT) sont mis en position, dans l'obligation de se transformer. La remise en question des façons de faire, d'accomplir les tâches et les missions, de réévaluer ses propres actions, ne sont jamais simples, d'autant plus quand le métier est traversé par des contradictions, des postures différentes, une difficulté à se construire en collectif de travail. Au cœur du sujet, de son métier, les dimensions constitutives de l'activité réelle en fonction de situation de travail singulière doivent être débattues par l'échange organisé entre pairs puis entre métiers, pour pouvoir être reprises au niveau organisationnel. Sans ce mouvement réciproque entre le métier et l'organisation, il y a une forte probabilité d'avoir des tensions accrues entre les professionnels qui composent différentes formes de pluridisciplinarité. A l'inverse, lorsqu'un échange est possible entre métier et organisation, l'activité individuelle et collective peut se développer et poursuivre des objectifs de prévention efficace et durable des risques professionnels.

Tableau de suivi de réalisation des tâches et d'utilisation des ressources

Tâche	Partenaire responsable	Etat d'avancement	Date de fin prévue	Principales réalisations
Tâche 1 : effet du contexte législatif sur les formes de travail collectif	Laboratoire PACTE. Université Laval	Fait	2016	Un article soumis
Tâche 2 : types de travail collectif selon la nature des risques professionnels complexes	Université de Bordeaux, Université de Laval, Laboratoire PACTE	Fait	2016	Un article publié Un article à soumettre, Un article en cours de réalisation
Tâche 3 : métier et développement de l'activité	Laboratoire PACTE, LIP, CNAM Paris	Fait	2015	Une thèse, un mémoire de master recherche, un rapport de recherche
Tâche 4 : les relations inter-métier : le travail collectif	Laboratoire PACTE	Fait	2016	Plusieurs communications dans congrès nationaux et internationaux Un article publié
Tâche 5 : l'intervention sur la conception de l'organisation du travail en SSTi	PACTE, IMS Bordeaux, ACTé Université Clermont Ferrand	Fait	2016	Plusieurs communications dans congrès nationaux et internationaux. 1 article publié, 3 articles en cours

Liste du personnel financé par ou ayant contribué au projet

Université de Bordeaux :

- F. GOUTILLE (2014/2015) : Assistant ingénieur : Etude 2 tâche 2
- C. RAMBAUD (2014/2015) : Assistant ingénieur : Etude 2 tâche 2

Laboratoire PACTE, université de Grenoble

- C. L'ALLAIN (en 2014) : Assistant ingénieur : Etude 2 tâche 2
- N. POUSSIN (2014) : Ingénieur d'études 2ème classe : Etude 1 tâche 3
- M. SALLAH (2015) : Assistant ingénieur : Etude 2 tâche 3
- C. L'ALLAIN (2016) : Ingénieur d'études et de recherche 2ème classe : Etude 1 tâche 4
- D. GAUDIN (2016) : Ingénieur d'études et de recherche 2ème classe : Tâche 5

4. DISSEMINATION DES RESULTATS ET TRANSFERT DE CONNAISSANCES

Liste des publications scientifiques

Articles publiés :

Caroly, S., Landry, A., Cholez, C., Davezies, P., Bellemare, M., Poussin, N. (2012). Innovation in the Occupational Health Physician Profession Requires the Development of a Work Collective to Improve the Efficiency of MSD prevention. *Work: Journal of prevention Assessment & Rehabilitation*, 41 (1), 5-13.

Caroly, S. (2013). Les conditions pour mobiliser les acteurs de la prévention des TMS : construire du collectif de travail entre pairs pour développer le métier et favoriser le travail collectif pluri-professionnel. Le cas de médecins du travail. *Pistes*, 15 (2).

Goutille, F., Galey, L., Rambaud, C., Pasquereau, P., J., M., Jackson Filho & Garrigou, A., (2016). Prescrição e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) em atividades com exposição a produtos químicos cancerígenos, mutagênicos e reprotóxicos (CMR): pesquisa-ação pluridisciplinar em uma fábrica francesa de decoração para móveis. Dossier Temático : Os equipamentos de proteção individual (EPI): protetores, mas nem sempre. *Laboreal*, Volume XII : No.1 :df Julho 2016, p23-38

Articles soumis, en préparation :

Caroly, S. (2016/17). Which Work debate spaces to design work organization? Relations between work collectif, manager and users. *Applied ergonomics* (en cours)

Poussin, N., Caroly, S. (2016/17) Les métiers d'infirmier en santé au travail : en discussion en service de santé autonome, en émergence en service inter-entreprises. *Le Travail Humain* (en cours).

Caroly, S., Bellemare, M., Davezies, P., Dugué, B., Coutarel, F., Garrigou, A., Landry, A., Petit, J., Poussin, N., Prud'Homme, D. (2016). Organisation de la pluridisciplinarité dans les SST : évolutions des métiers et enjeux de travail collectif. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* (en cours, article long).

Bellemare, M., Caroly, S. Prud'Homme, D., (2016). Travail collectif pluridisciplinaire dans la prévention des risques professionnels complexes: contraintes et ressources du contexte au Québec et en France. *Relations industrielles* (soumis).

Prud'Homme, D., Bellemare, M., Caroly, S. (2016). Les interventions visant la prévention des TS et le bruit par les équipes de santé au travail, une étude comparative entre un risque « complexe » et un risque « classique »

(en cours)

Prud'Homme, D., Bellemare, M., Caroly, S. (2016) La collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec : vers une prévention durable ? Relations industrielles (en cours).

Chapitres d'ouvrage publiés :

Caroly, S., Barcellini, B. (2014). The development of collective activity. In Falzon, P. *Constructive Ergonomics* (pp. 19-31). London, New York: CRC Press Taylor and Francis.

Caroly, S., Barcellini, F. (2013). Le développement de l'activité collective. In Falzon, P. *Ergonomie constructive* (pp. 33-45). Paris : PUF.

Actes de congrès internationaux publiés :

Caroly, S., Petit, J., Dugué, B., Coutarel, F., Davezies, P., Landry, A., Bellemare, M. (2015). Designing work organization based on "occupational" collectives and "inter-occupational" relations: methodological implications of ergonomic interventions to prevent psychosocial disorders. *IEA Congress*, August 10-14, Melbourne, Australia.

Caroly, S., Daniellou, F., Roquelaure, Y. (2015). Collaborative organization and MSDs prevention: stakes of ergonomics intervention. *ICOH Congress*, June 1-5, Séoul, Koréa.

Caroly, S., Petit, J., Dugue, B., Landry, A., Davezies, A., Coutarel, F., Poussin, N. (2014). Designing work organization based on "profession" collectives and "inter-profession" relations. In Broberg, O., Fallentin, N., Hasle, P., Jensen, P.L., Kabel, A., Larsen, M.E., Weller, T (coord.). *Proceedings of 11th International Symposium on Human Factors in Organisational Design and Management*. 46th Annual Nordic Ergonomics Society Conference.vol 1 & 2, 507-513.

Caroly, S., Petit, J., Dugué, B., Coutarel, F. (2014). Comment intervenir sur l'organisation du travail pour prévenir les RPS : enjeux de construction de collectif de travail. *Congrès ACE*. Québec. 7-9 Octobre 2014.

Caroly, S., Poussin, N., Davezies, P., Bellemare, M., Garrigou, A., Coutarel, F. (2013). The activity development of occupational health physicians can improve the efficiency of MSD prevention. *Book of Abstracts of PREMUS 2013*, Congress July 7-11, Busan, Korea, p. 192.

Actes de congrès nationaux publiés :

Caroly, S., Bellemare, M., Davezies, P., Dugué, B., Coutarel, F., Garrigou, A., Landry ; A., Petit, J., Poussin, N., Prud'Homme, D. (2016). Organisation de la pluridisciplinarité dans les SST : évolution des métiers et enjeux de travail collectif. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77 (3), 456-457.

Prud'Homme, D. Bellemare, S., Caroly, S. (2015). Les pratiques de collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail au Québec. In *Actes du 50ième Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française*. Articulation performance et santé dans l'évolution des systèmes de production. 23, 24, 25- 29 Septembre 2015, Paris, France, pp.178-124.

Poussin, N. (2015). Développement des sentiments au travail : quel développement du pouvoir d'agir ? In *Actes du 50ième Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française*. Articulation performance et santé dans l'évolution des systèmes de production. 23, 24, 25- 29 Septembre 2015, Paris, France, pp.510-515.

Caroly, S., Petit, J., Dugué, B., Coutarel, F., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N. (2014). Intervenir sur le développement des collectifs métiers pour re-concevoir l'organisation du travail. *Actes du congrès de la SELF 2014*. La Rochelle 1-3 octobre 2014. pp. 11-18.

Caroly, S., Petit, J., Dugué, B., Coutarel, F. (2014). Comment intervenir sur l'organisation du travail pour prévenir les RPS : enjeux de construction de collectif de travail. *Actes du congrès de la SELF 2014*. La Rochelle 1-3 octobre 2014.

Thèse soutenue :

Nadine Poussin (8 décembre 2014)- Présidente du jury. Thèse de psychologie du travail. CNAM Paris. « Développement des sentiments au travail : Dialogues sur l'efficacité et l'utilité chez les médecins du travail ». Directeur : Yves Clot. Présidente : S. Caroly

Thèse en cours

Daniel Prud'homme (automne 2016). La collaboration interprofessionnelle dans les équipes de santé au travail du Québec : vers une prévention durable ? Université Laval à Québec. Département relations industrielles. (en cours). Encadrement : M. Bellemare. Co-encadrement : S. Caroly

Master en recherche de psychologie du travail soutenue

Makafui Sallah (2014) « Les IPRP dans la prise en charge des objectifs de santé et de sécurité au travail »- *Master recherche en psychologie du travail* UPMF LIP Université de Grenoble. Encadré par S. Caroly

1 rapport d'étude

Caroly, S., Sallah, M. Landry, A. (2014). *Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité*. Rapport de recherche AFISST/PACTE/LIP.

Daniel Prud'homme (2014). Les pratiques de collaboration interprofessionnelles au sein des équipes locales en santé travail. Rapport préliminaire. Université Laval à Québec. Département relations industrielles.

Participation à des manifestations scientifiques : posters et présentations

Posters

Poussin, N. (2016). Se confronter à son activité et celle de ses confrères : une occasion de développement du métier de médecin du travail. Actes du congrès du 34^{ème} congrès de médecine du travail, Paris, 21-24 septembre 2016. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77 (3). p.542.

Poussin, N., Benedetti, C., Faro, C., Gonett, D., Gouty, A., Jayet, E., Mathevon, P., Rousset, I. (2016). Dialogues sur les métiers : un exemple infirmiers/médecins du travail. Actes du congrès du 34^{ème} congrès de médecine du travail, Paris, 21-24 septembre 2016. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 77 (3). p.543.

Poussin, N. (2012). Les dilemmes professionnels des médecins du travail. *Les archives des maladies professionnelles*, 73 (3).

Présentations

Caroly, S. (2013). Travail collectif et collectifs de travail en Service de Santé au travail. *Journée nationale de l'Association Française des Intervenants en Santé et Sécurité au Travail (AFISST)*, le 15 novembre 2013 et animation d'une table ronde sur les conditions de la co-intervention.

Caroly, S., Sallah, M. (2014). Résultats et analyse du Questionnaire Afisst-Pacte 2014, Mise en perspective. *Journée nationale de l'Association Française des Intervenants en Santé et Sécurité au Travail (AFISST)*, novembre 2014.

Caroly, S. (2016). Comment le travail collectif pluridisciplinaire modifie les perceptions réciproques ? *Journée nationale de l'Association Française des Intervenants en Santé et Sécurité au Travail (AFISST)*, le 27 mai 2015.

Caroly, S. (2014). Service de santé au travail : comment s'organise la pluridisciplinarité s'agissant de prévention des TMS ? *Atelier pré-congrès médecine du travail*, organisé par l'INRS. Lille 2014, le 3 juin.

Prud'Homme, D., Bellemare, M., Caroly, S. (2014). La pluridisciplinarité des services de santé au travail dans le contexte québécois. *Atelier pré-congrès médecine du travail*, organisé par l'INRS. Lille 2014, le 3 juin.

Caroly, S. Simonet P. (2015). Symposium Apport des concepts de marges de manœuvre et de pouvoir d'agir dans l'intervention : un enjeu d'articulation entre performance et santé. *Actes du 50ième Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française*. Articulation performance et santé dans l'évolution des systèmes de production. 23, 24, 25- 29 Septembre 2015, Paris, France, pp.504-507 :

- Caroly, S., Petit, J. Dugué, B. Pouvoir d'agir des professionnels et marges de manœuvre organisationnelles : quelles implications pour l'intervention ergonomique ?
- Coutarel, F., Marge de manœuvre situationnelle et pouvoir d'agir : quelles cibles pour l'intervention ergonomique ? Le cas d'une intervention dans un service de santé au travail.
- Poussin, N., Développement des sentiments au travail : quel développement du pouvoir d'agir ?

Caroly, S. (2015). Les conditions d'une activité collective entre les acteurs de la prévention des risques professionnels : enjeux de pluridisciplinarité. *Séminaire ARAP Lyon*, 29 mai 2015.

Coutarel, F. (2015). Cas d'intervention en SST. *Séminaire ARAP Lyon*, 29 mai 2015

Caroly, S. (2015). Des ressources dans l'activité collective pluri-professionnelle pour l'activité individuelle. *Séminaire ARAP Lyon*, 29 mai 2015

Prud'Homme, D., Bellemare, M., Caroly, S. (2016). Les interventions visant la prévention des TMS et le bruit par les équipes de santé au travail, une étude comparative entre un risque « complexe » et un risque « classique ». Colloque Travail, performances et santé : comprendre pour mieux intervenir. Dans le cadre du 84e Congrès de l'Association francophone pour le savoir, Montréal, Québec, 10-11 mai 2016 <http://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/84/600/652/c>

Prud'Homme, D., Bellemare, M. et Caroly, S. (2013). L'action collective des équipes de santé au travail lors d'intervention visant la prévention des troubles musculo-squelettiques. Québec : Qualité de vie au travail et pratiques de prévention en santé et en sécurité du travail, *CGSST – ACFAS*, 7 et 8 mai 2013

Formation

S. Caroly (2014). Pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. *Formation INRS* auprès des acteurs des SST. Novembre.

Contribution à l'expertise

Audition expert de S. Caroly par la commission aptitude Février 2015 (Issindou, Fantoni-Quinton)

Présentation de la recherche Pluriprev et des résultats du questionnaire IPRP au Cisme le 20 janvier 2015.

Produits issus des travaux

Aucun brevet, logiciel.

Communication au grand public

Interview de la revue Travail & Santé n 86, Avril 2014 intitulé « les services de santé au travail déboussolés » (pp. 14-16)

5. RETOMBÉES ET PERSPECTIVES

Contribution à l'évaluation et à la gestion des risques sanitaires

La pluridisciplinarité représente un enjeu particulièrement important au regard de la complexification des problématiques santé-travail. Le fait que l'étiologie des problèmes de santé au travail des salariés soit multifactorielle, invite à développer le travail collectif au sein des SSTi. De plus, les évolutions du marché du travail et de l'emploi supposent de développer des compétences d'intervention particulières, dans la perspective de réaliser des actions efficaces de prévention en milieu de travail qui reposent sur une construction sociale à laquelle devrait participer l'ensemble des professionnels des SSTi.

Le constat de pratiques très hétérogènes des SSTi en matière de pluridisciplinarité et donc une inégalité dans le réel suivi des salariés, y compris pour un même SSTi interroge la politique de gestion des risques sur plusieurs aspects :

- les perspectives de soutien au développement des nouveaux métiers, notamment les IDEST et ASST dans les SSTi : définition des tâches et des missions, formation, dispositif d'apprentissage et d'évaluation des pratiques professionnelles.
- la compréhension des écarts entre les prescriptions médico-juridiques issues des réformes et les activités réelles des professionnels, qui sont variables en fonction des contextes de l'entreprise, des interactions avec les salariés, de la coopération entre les métiers des SSTi et des moyens donnés dans l'organisation du travail : faire évoluer la réglementation en santé-travail en s'appuyant davantage sur les pratiques ;
- le développement d'objets intermédiaires médiateurs des actions collectives pluridisciplinaires et pluri-métiers pour alimenter les pratiques pluridisciplinaires en prévention mais aussi des pratiques pluri-métiers dans l'entreprise ;
- la gouvernance des risques à l'échelle d'un territoire à définir selon les différentes formes de pluridisciplinarité : la relation des SSTi avec les autres préventeurs, approche par les CPOM ou programmes nationaux du plan SST (ex : PME/TPE ou branche professionnelle) ;
- l'implication des directions de SSTi et le rôle des conseils d'administration (CA) dans la conception de la structure organisationnelle favorable à la pluridisciplinarité : soutien à l'activité des directions, formation/information des membres du CA sur les métiers et relations professionnelles dans les SSTi, simulation-expérimentation de projets organisationnels (architecturaux, ressources humaines, définition de l'organigramme et des fonctions, etc.)
- construire des espaces de discussion avec les adhérents sur la qualité de services des SSTi pour faire évoluer l'offre des prestations pluridisciplinaires.

Les SSTi se trouvent souvent tiraillés entre le fonctionnement collectif des équipes pluridisciplinaires de terrain, tournées vers des réponses à construire pour aider les salariés et répondre à des « demandes » émanant des entreprises, et une politique « de l'offre », structurée autour de projets thématiques transverses, peu articulés avec la clinique médicale (dans certains cas ils peuvent l'être mais cela demande alors beaucoup d'engagement des différents acteurs, notamment pour la coordination des actions). Cette tension issue d'organisations matricielles peut rendre les tâches de management et de gestion plus complexes. Il s'agit certainement d'un champ de recherche important pour le futur si l'on souhaite approfondir les questions de pluridisciplinarité, de gouvernance des SSTi et au final d'efficacité des politiques de santé au travail.

Poursuite des travaux

A l'issue de cette recherche, plusieurs perspectives de poursuite des travaux sont envisagées :

1/ Valorisation/ diffusion des résultats de la recherche :

- des communications dans les journées d'études des Sociétés de médecine du travail ;
- une politique de publication d'articles : un séminaire est prévu en novembre pour poursuivre la dynamique de publication : 3 articles à soumettre, 2 projets de publication.

2/ Une nouvelle recherche avec les partenaires existants PACTE, Université Laval (Québec), Université Clermont-Ferrand, Université Bordeaux à élargir à des spécialistes du management et de la gestion, sur les thèmes suivants :

- approfondir les difficultés rencontrées par les directions et développer des outils d'aide à la décision ;
- élargir l'étude de la pluridisciplinarité à des situations hors de la relation avec le MDT. En effet, nous avons exploré principalement les métiers d'IDEST et d'IPRP dans leurs interactions professionnelles avec le MDT, du fait de recomposition des territoires de compétences et de relation de délégation/dépendance/complémentarité de ces professionnels aux MDT (cadre réglementaire et réalité du travail collectif). Ce n'est pas la seule forme de pluridisciplinarité. Il serait intéressant d'étudier toutes les situations d'actions caractéristiques du travail collectif pluridisciplinaire (par exemple, entre des IPRP de disciplines différentes, entre IPRP et IDEST, entre IPRP et ASST, etc.). Dans le futur, ces formes de pluridisciplinarité devraient se développer pour accroître l'efficacité de la prévention ;
- caractériser les contours de l'activité des ASST dans les SSTi pour mieux orienter le contenu de leur formation et leur rôle par rapport aux autres professionnels avec la définition de tâches spécifiques (d'un point de vue réglementaire y compris) ;
- rendre compte du rôle des IDEST dans la « captation » des représentations des risques et des expériences sensorielles et corporelles des expositions ;
- développer des objets intermédiaires et frontières entre les professionnels pour que les MDT puissent ne pas perdre la connaissance de l'entreprise. Le MDT ne sont plus les seuls à voir les salariés et aller dans les entreprises. Quels outils peuvent être développés pour que le travail des autres professionnels contribue à nourrir la pratique médicale ?
- construire des instruments pour favoriser la pratique réflexive collective (par exemple, méthode du journal de bord) comme un des facteurs favorables à l'émergence du travail collectif et du collectif pluri-métiers ;
- faire l'inventaire des projets de service des SSTi afin de caractériser des indicateurs de gestion de la pluridisciplinarité (durée, contenu, types de métiers et nature des actions collectives, etc.) ;
- déployer des démarches de conduite de projet développées en ergonomie et en référant aux notions de situation d'actions caractéristiques pour expérimenter l'efficacité de différents scénarios organisationnels sur le travail collectif pluridisciplinaire. Pour cela, la démarche pourrait s'appuyer sur un groupe de pilotage et des groupes de travail autour des différents thèmes, dans des services contrastés selon des indicateurs de gestion (ex : projet de service), du point de vue de la structure (3 formes principales) ;
- définir la qualité des services rendus aux adhérents : salariés et entreprise. L'objectif d'une mesure de la qualité de service pourrait aider à mieux saisir l'efficacité des actions de prévention, de l'inscrire dans une amélioration continue du projets de service, de création d'indicateurs et de pouvoir envisager des actions de prévention innovantes ;
- améliorer l'évaluation des actions de prévention, notamment définir les facteurs permettant au "collectif inter-métier » d'être plus efficace et la prévention d'être davantage durable.