

**Bilan de la mise en œuvre de la
pluridisciplinarité en matière de santé
et de prévention des risques
professionnels**

*Pour la Direction Générale du Travail
Ministère du Travail,
des Relations Sociales et de la Solidarité*

Décembre 2007

Sommaire

Introduction.....	11
1. La demande et ses objectifs.....	16
1.1. Une vision d'ensemble des IPRP.....	17
1.2. Une connaissance des besoins et des pratiques en matière de pluridisciplinarité.....	19
2. Les investigations conduites et les données disponibles	23
2.1. La définition du périmètre	23
2.2. Les différentes méthodes d'investigation	25
2.2.1. Le recueil des éléments quantitatifs concernant la population des IPRP	25
2.2.2. Le recueil des éléments qualitatifs concernant la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et les pratiques en entreprise	31
2.3. Les contraintes de calendrier	45
2.4. Le rapport final	45
3. Le cadre législatif et réglementaire de la pluridisciplinarité	47
3.1. La nécessaire et difficile conciliation de deux logiques	47
3.2. Les bases juridiques de la pluridisciplinarité	48
3.2.1. Une contrainte européenne à satisfaire	48
3.2.2. Une réponse aux vœux des partenaires sociaux	49
3.2.3. Une transposition de l'obligation avec comme pivot les services de santé au travail.....	51
3.3. Un dispositif réglementaire complexe	52
3.4. Le sens de la réforme et ses débuts difficiles.....	54
3.4.1. Une approche pragmatique.....	54
3.4.2. Mais une forte ambition.....	55
3.4.3. Cependant marquée par une genèse difficile	57
4. L'habilitation des IPRP : un processus jugé peu satisfaisant.....	61
4.1. Combien d'intervenants en prévention des risques professionnels aujourd'hui ?	61
4.2. Quel bilan tirer du dispositif de l'habilitation ?	63
4.3. L'organisation de l'habilitation	72
4.3.1. Le rôle des trois organismes : une ambiguïté traitée par défaut	72
4.3.2. La coordination des habilitateurs et le rôle de l'Etat	76
4.3.3. Le rôle de l'autorité d'habilitation des IPRP :	81
4.4. Une procédure administrative d'habilitation par délégation de l'Etat.....	90
4.5. Des critères de qualification qui lient largement la décision des habilitateurs, sauf à aller au-delà des textes.....	99
4.6. La portée de l'habilitation à la fois complexe et extensive.....	115
4.6.1. La portée rationae materiae	115
4.6.2. La portée rationae loci	122
4.7. Une durée de l'habilitation qui ne présage rien de bon pour l'avenir : une difficulté à suivre les habilités	123
4.8. Une procédure de retrait d'habilitation aléatoire	124
4.9. Une procédure de renouvellement de l'habilitation pour les personnes morales qui reste à définir.....	125
5. Les IPRP, une population hétérogène ?.....	127
5.1. Les caractéristiques générales des IPRP personnes physiques.....	130
5.1.1. Structures de rattachement	130
5.1.2. Formation et titre	132
5.1.3. Age et ancienneté des IPRP.....	135

5.1.4.	Domaine d'habilitation.....	138
5.1.5.	Localisation et mobilité.....	140
5.2.	Les caractéristiques générales des IPRP personnes morales	143
5.2.1.	Statut de l'organisme.....	143
5.2.2.	Les ressources disponibles	144
5.2.3.	Domaine d'habilitation.....	146
5.2.4.	Localisation et mobilité.....	148
6.	L'activité des IPRP	150
6.1.	L'éventail des compétences des IPRP	151
6.2.	Les autres fonctions des IPRP	160
6.3.	Etre ou ne pas être IPRP ? Quel impact sur les missions effectuées ? ..	163
6.3.1.	Comparaison jours de mission explicites IPRP et jours de mission non explicites IPRP.....	163
6.3.2.	40 % des répondants déclarent zéro jours d'intervention explicites IPRP	168
6.4.	Volume et durée des interventions.....	169
6.5.	Les interventions des IPRP sont-elles facturées ?	173
7.	Les interactions entre les acteurs de la prévention.....	179
7.1.	Qui formule les demandes d'interventions ?.....	181
7.2.	Les IPRP participent-ils à la définition de la demande ?.....	186
7.3.	Comment sont contractualisées les demandes d'interventions ?.....	187
7.4.	Comment interviennent les IPRP dans les entreprises ?.....	192
7.5.	Quels liens s'établissent entre IPRP et médecins du travail sur le terrain ?.....	194
7.6.	Qui assume la responsabilité des préconisations ?	199
7.7.	Comment s'effectue la restitution des résultats ?	200
7.7.1.	Modes de restitution	200
7.7.2.	Personnes présentes lors des restitutions.....	202
7.8.	Quelle information entre les IPRP et les autres acteurs ?.....	203
7.8.1.	Autonomie d'action et de parole	203
7.8.2.	L'information des IPRP sur les suites données à leurs préconisations.....	204
7.8.3.	Les sources d'information	208
7.9.	L'actualisation du Document Unique suite à l'intervention d'un IPRP ..	212
8.	L'adéquation des ressources des Services de Santé au travail aux besoins des entreprises.....	215
8.1.	Profils des SST qui ont répondu au questionnaire.....	215
8.2.	Ratios IPRP / médecins du travail / entreprises.....	219
8.3.	L'adéquation des ressources des SST aux besoins des entreprises	223
8.3.1.	Ressources internes	223
8.3.2.	Ressources mutualisées	224
8.3.3.	Ressources externes.....	226
8.4.	Le recours des services de santé au travail aux organismes de prévention	230
8.5.	La connaissance de l'offre de service	233
8.6.	La stratégie de développement de l'offre de service des SST	235
9.	Les points de vue des principaux acteurs rencontrés	237
9.1.	Le point de vue des partenaires sociaux	237
9.1.1.	Les organisations syndicales de salariés.....	237
9.1.2.	Les organisations d'employeurs.....	242
9.2.	Le point de vue des trois organismes de prévention (ANACT - CNAM - OPPBTP) et des collègues interrégionaux d'habilitation	246
9.2.1.	Les trois organismes	246
9.2.2.	Les Collèges d'habilitation.....	251
9.3.	Le point de vue des DRTEFP rencontrées.....	254

9.4.	Le point de vue des associations représentant les IPRP et celui des IPRP eux-mêmes	261
9.4.1.	Les représentants des IPRP rencontrés	262
9.4.2.	Les IPRP	268
9.5.	Le point de vue des entreprises : directions et CHSCT	272
9.5.1.	Les directions rencontrées	272
9.5.2.	Les CHSCT rencontrés	274
9.6.	Le point de vue des services de santé au travail (STT) et de leurs représentants	276
9.6.1.	Les représentants de la profession rencontrés	276
9.6.2.	Les services de santé au travail	278
9.7.	Quels points de convergence, quels points de divergence entre les acteurs ..	287
10.	Quels enseignements tirer de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité aujourd'hui	290
10.1.	Un bilan en demi-teinte	290
10.2.	La face cachée de la pluri (multi) disciplinarité	296
10.3.	Vers l'émergence de nouvelles stratégies d'acteurs	300
11.	Quelles sont les évolutions jugées souhaitables aujourd'hui ?	311
11.1.	L'habilitation	311
11.1.1.	Abandonner le dispositif d'habilitation ?	312
11.1.2.	Améliorer le processus de l'habilitation et renforcer les exigences d'accès	314
11.2.	La question du statut de l'IPRP	316
11.2.1.	Renforcer la protection de l'IPRP ou préciser son statut ?	316
11.2.2.	Lever l'ambiguïté du conventionnement	318
11.3	Les conditions du développement de la pluridisciplinarité	320
11.3.1	La santé au travail	321
11.3.2	La prévention des risques	323
11.3.3	Les financements	329
11.3.4	Le dialogue social	331
	Liste des personnes rencontrées ou interviewées	
	Glossaire	
Annexe 1	Enquêtes en ligne : résultats graphiques et verbatim représentatifs	
	- Questionnaire IPRP personnes physiques	
	- Questionnaire IPRP personnes morales	
	- Questionnaire service de santé au travail	
Annexe 2	Essai de consolidation des données présentées dans les bilans annuels d'activités des Collèges d'habilitation	
Annexe 3	10 Monographies d'entreprises	

Introduction

Rappelons en préambule les enjeux de la pluridisciplinarité tels qu'ils ressortent, à notre avis, de cette étude. La question de la pluridisciplinarité est en effet au cœur d'enjeux importants qui suscitent des attentes multiples auxquels les auteurs de ce rapport vont tenter de répondre tout en étant conscients des difficultés de l'exercice. Ils s'attacheront donc avant tout à confronter les bases normatives du dispositif actuel aux pratiques repérées sur le terrain, à traduire la multiplicité des situations concrètes dans les entreprises, à restituer la diversité des points de vue exprimés traduisant les intérêts convergents ou divergents des acteurs en présence. Ils proposeront également des pistes d'amélioration et d'évolution suggérées par leurs interlocuteurs ou découlant de leur analyse.

La pluridisciplinarité est d'abord un **enjeu de définition**. De quoi parle-t-on quand on évoque la pluridisciplinarité ? La pluridisciplinarité, synonyme de multidisciplinarité, selon le Professeur Malchaire ¹ « consiste en des actions en commun de plusieurs spécialistes de différentes disciplines, vers un même objectif ». Ces spécialistes peuvent d'un côté travailler en parallèle, sans se rencontrer (la juxta-disciplinarité) ou d'un autre côté de manière totalement intégrée utilisant les uns et les autres, les concepts, les objectifs et les méthodologies des uns et des autres (l'interdisciplinarité).

Il en découle que selon lui « la pluridisciplinarité est un continuum allant d'un extrême de juxta-disciplinarité à l'autre d'interdisciplinarité ».

Les acteurs de la pluridisciplinarité peuvent défendre chacun leur vision dans ce continuum décrit par le professeur Malchaire. La réglementation elle-même n'a pas tranché sur ce point en laissant aux acteurs des marges de manœuvre qui peuvent être source de tension voire de conflits, mais aussi occasion d'innovations et de réponses variées aux besoins des entreprises.

De quoi parle-t-on quand on parle d'habilitation, d'intervenant en prévention des risques professionnels ?

La pluridisciplinarité est ensuite un enjeu pour la médecine du travail. Elle interroge **la place de la médecine du travail** dans un contexte de pénurie relative de médecins du travail qui va s'accroître dans les années à venir. Elle peut être un **enjeu de pouvoir** entre une nouvelle profession émergente et une profession déclinante sur le plan démographique. L'étude sur la réforme de la médecine du travail menée par les Professeurs Paul Frimat et Françoise Conso qui doit être rendue aux pouvoirs publics précisera de ce point de vue les évolutions futures et proposera sans doute des solutions.

Un autre enjeu majeur est celui de **l'organisation et de l'efficacité du système français de prévention**. Ce système, déjà caractérisé par la multiplicité de ses acteurs et par sa complexité, voit la réforme ajouter un nouvel acteur en la personne de l'IPRP. Elle confie également de nouvelles responsabilités à plusieurs institutions (CNAMTS et CRAM, ANACT et ARACTs, OPPBTP). Certains de nos

¹ Inter, multi, pluridisciplinarité au service du bien être au travail Professeur J.MALCHAIRE
Université catholique de Louvain Journées interdisciplinaires de Lorient 13 mai 2003

interlocuteurs ont insisté sur le décalage entre les ressources disponibles (Inspection du travail, CRAM, OPPBTP, médecine du travail, IPRP...), qui additionnées sont substantielles et les résultats obtenus.

La pluridisciplinarité est aussi un **enjeu social**, qu'il s'agisse du positionnement des intervenants IPRP vis-à-vis des employeurs et des représentants du personnel, ou de la place donnée au contrôle social exercé par les instances représentatives (commission de contrôle, commission médico-technique, comité d'entreprise et d'établissement, CHSCT) sur les activités de ces intervenants dans les entreprises.

L'enjeu professionnel est fort pour les intervenants IPRP. La reconnaissance des IPRP passe par leur « professionnalisation », la construction d'une identité professionnelle notamment pour les IPRP de SST. La garantie de leur pérennité est en jeu tant au sein des SST qu'en dehors. La distinction entre habilitation, métiers exercés, niveau d'expertise et de compétence doit également être clarifiée.

L'enjeu économique ne doit pas être négligé. D'un côté, la pluridisciplinarité peut constituer une contrepartie pour les SST en termes de prestations de services gratuites aux entreprises pour justifier le maintien du même niveau de cotisation avec une réduction de la fréquence des visites médicales périodiques. Mais les moyens sont-ils alors à la hauteur de l'ambition ? D'un autre côté, la prévention des risques professionnels est un marché, encore potentiel, et seulement partiellement solvable semble-t-il, où les clients (entreprises) restent peu informés et peu sensibilisés et où les fournisseurs (SST et IPRP externes) sont en concurrence imparfaite.

1. La demande et ses objectifs

Plus de trois ans se sont écoulés depuis la mise en place de la pluridisciplinarité. Un premier bilan doit être réalisé afin de savoir comment la réglementation est appliquée sur le terrain et quelles sont les pratiques existantes. Ce bilan, en vertu de l'article 9 de l'arrêté du 24 décembre 2003 devait être présenté au CSPRP à la fin du premier trimestre 2007.

Dans ce cadre, la direction générale du travail a souhaité réaliser une étude sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les entreprises et plus particulièrement **analyser le rôle et les missions de l'intervenant IPRP** en matière de prévention des risques professionnels.

La demande s'articule autour de deux objectifs :

- Disposer **d'une vision d'ensemble des IPRP** et de leurs missions et fournir des données chiffrées les concernant en distinguant les IPRP personnes physiques des IPRP personnes morales.
- Analyser les **besoins des entreprises** en matière de pluridisciplinarité et **leurs pratiques** notamment les relations entre l'entreprise et les acteurs de la pluridisciplinarité.

Une demande complémentaire est également formulée : celle de proposer **des pistes d'amélioration ou d'évolution** du dispositif actuel.

1.1. Une vision d'ensemble des IPRP

Le cahier des charges et les demandes exprimées lors de réunions préparatoires avec le groupe technique de la DGT et le comité de pilotage de la pluridisciplinarité correspondent à une demande fournie d'informations sur un acteur dont les contours restent flous :

Pour les IPRP personnes physiques : connaître

- le nombre de personnes physiques concernées, la répartition géographique sur le territoire, les origines professionnelles et les diplômes, les lieux d'exercice professionnel, l'ancienneté dans la structure et le statut, le rattachement hiérarchique, le domaine d'habilitation, les modes d'information destinés aux chefs d'entreprise et aux acteurs internes, le nombre et la nature des missions, la durée d'intervention en entreprise, la taille et le secteur d'activité des entreprises, l'adéquation entre le domaine d'habilitation de l'IPRP et les missions demandées par l'entreprise, l'autonomie et les conditions d'analyse des IPRP (accès aux documents demandés, notamment le document unique, intervention des acteurs internes), les modes de restitution des résultats et le suivi des préconisations, pour les IPRP salariés d'une entreprise et exerçant d'autres fonctions, l'articulation de leur mission avec leur emploi.
-

Pour les IPRP personnes morales : connaître

- le nombre de structures et les effectifs concernés par l'habilitation, le statut et l'ancienneté de la structure, les domaines d'habilitation, ...

Pour tous : savoir

- ce qu'apporte l'habilitation aux IPRP. connaître leurs attentes et leurs besoins

1.2. Une connaissance des besoins et des pratiques en matière de pluridisciplinarité

La demande porte également sur l'étude des besoins des entreprises en matière de pluridisciplinarité, sur les pratiques développées et notamment sur les relations qui se nouent entre l'entreprise, le SST, l'IPRP et les différents acteurs de la prévention.

Il s'agit notamment de préciser :

- la connaissance de l'existence du dispositif de la pluridisciplinarité et de l'IPRP par l'entreprise et les modes de financement des interventions des IPRP,
 - les modes de saisine et l'origine de la demande déclenchant l'intervention,
 - les motifs et les domaines pour lesquels l'intervention d'un IPRP est sollicitée et le retour d'expérience tiré des missions réalisées par celui-ci dans l'entreprise ainsi que les suites données aux résultats de l'intervention,
 - une connaissance des actions conduites par les IPRP : les personnes habilitées exercent-elles ? leurs compétences, leur statut, leurs garanties d'indépendance, leur autonomie, quelle liaison avec le médecin du travail, quelle complémentarité, l'ampleur des interventions (nombre et importance), qui sollicite les IPRP, leurs moyens pour agir, leurs outils, leur participation aux instances, les modalités concrètes d'intervention, (seul ou accompagné, ...),
 - les processus et supports de formalisation des relations tels que convention, lettre de mission (quel contenu), rapport d'intervention, les suites données aux préconisations des IPRP et leur suivi, la plus-value de l'IPRP, sa place dans les TPE,
 - L'articulation entre l'action de l'IPRP et la prévention des risques professionnels, notamment à travers la mise à jour (ou l'élaboration) du document unique et la déclinaison des plans de prévention qui en découlent ; le rôle de l'IPRP en matière de document unique (DU), est-il sollicité sur ce point, répond-t-il à la demande et comment,
 - la participation de l'IPRP à la prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise en interaction avec les autres acteurs de prévention (modes de collaboration avec les services de la médecine du travail et le CHSCT, existence d'un cadre prédéfini d'intervention, communication des informations recueillies au médecin du travail et traitement de l'information par ce dernier, ...),
 - les attentes et les besoins des entreprises et des représentants du personnel ou du CHSCT (nature et étendue de leurs besoins, utilité perçue des interventions),
-

- les relations de l'IPRP avec les différents acteurs de la prévention sur le terrain (CRAM, ARACT, AGEFIPH, OPPBTP), et les acteurs de l'entreprise autres que le médecin du travail, s'enquérir de la présence d'un CHSCT ...

Il s'agit également de:

- mettre en évidence le positionnement des collèges d'habilitation: quelles doctrines, quelle position sur la multi habilitation (en particulier organisationnelle et technique),
 - dégager les articulations entre les acteurs: IPRP, médecins, SST, entreprises, service prévention, inspection du travail, CHSCT, IRP, l'identification des IPRP par les médecins lorsque les IPRP ne sont pas intégrés à un service de santé,
 - les raisons pour lesquelles les entreprises et les SST ont rarement recours au conventionnement avec les CRAM, les ARACT et l'OPPBTP
-

2. Les investigations conduites et les données disponibles

2.1. La définition du périmètre

L'accent principal a été porté sur les IPRP habilités. Le rôle des trois institutions de prévention a certes été abordé mais il n'est pas au cœur de l'étude.

La définition de la méthodologie

Il était demandé au prestataire de réaliser l'étude sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en privilégiant les contacts de terrain, afin de comprendre dans ses aspects les plus concrets, comment les entreprises et les IPRP se sont saisis des dispositions nouvelles. Cette étude devait selon le cahier des charges suivre une double approche méthodologique, à la fois quantitative et qualitative. Elle devait être conduite rapidement après une phase de préparation en juin pour faire l'objet de la production d'un rapport final au 31 octobre 2007.

La méthodologie retenue a été définie avec le comité technique de l'étude composé de représentants du bureau des conditions de travail et de l'organisation de la prévention (Bureau CT1) de la DGT, Mesdames Nathalie VAYSSE, Magali VILLA et Catherine TINDILLIERE et des consultants, lors de deux réunions préparatoires les 8 et 21 juin 2007, Madame le docteur LARCHE-MOCHEL, chef de l'inspection médicale du travail ayant participé à la réunion du 21 juin 2007.

Cette méthodologie a été présentée au comité de pilotage de la pluridisciplinarité lors d'une réunion le 13 juillet 2007, présidée par Madame Mireille JARRY sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail et à laquelle ont participé les membres du comité technique ainsi que les représentants de l'ANACT Madame Pascale MERCECA, de la CNAMTS Monsieur Philippe BIELEC et de l'OPPBTP Monsieur François LIET.

Nous avons suggéré de rencontrer les directions régionales du travail dès la phase préparatoire mais pour des raisons de calendrier en période estivale, cette option n'a pas toujours été possible.

2.2. Les différentes méthodes d'investigation

L'étude a été conduite selon plusieurs axes complémentaires menés parallèlement compte tenu du délai imparti :

2.2.1. Le recueil des éléments quantitatifs concernant la population des IPRP

Le cahier des charges prévoyait l'élaboration d'un questionnaire destiné aux 400 SST interentreprises présents sur le territoire français, complété d'auditions auprès des associations d'IPRP, du centre interservices de santé et de médecine du travail en

entreprise (CISME), des collèges d'habilitation, et par la mise en perspective des études et analyses déjà réalisées dans ce domaine. Au départ l'évaluation du nombre d'IPRP habilités était de 700.

L'objectif était de mieux connaître cette population, ses caractéristiques, ses modalités d'intervention et ses moyens. Il s'agit d'autre part de mieux cerner les motifs et modalités de recours aux IPRP de la part des services de santé au travail.

Nous avons proposé de réaliser une **enquête par questionnaire à l'aide d'un outil d'enquête en ligne** sur internet à destination de tous les IPRP habilités personnes physiques et personnes morales, ainsi que des services de santé au travail interentreprises (environ 400).

A cette fin trois questionnaires distincts avec une majorité de questions fermées à choix multiples et quelques questions ouvertes à texte libre ont été élaborés :

- un questionnaire à destination des IPRP personnes physiques
- un questionnaire à destination des IPRP personnes morales
- un questionnaire à destination des services de santé au travail

Nous avons proposé de travailler dans un premier temps sur un échantillon test, mais compte tenu des délais de rendu de l'étude demandés, les questionnaires ont été directement adressés à l'ensemble des destinataires.

Pour que l'importance du questionnaire soit nettement perçue pas les IPRP et les SST, une lettre rédigée par le Directeur Général du Travail, présentant les objectifs de l'étude et son déroulement, a été adressée d'une part aux IPRP par courrier par les CRAM, et d'autre part aux directeurs des SST par courriel par l'intermédiaire de la direction de l'inspection médicale du travail.

Les questionnaires ont été créés sur le Web, avec le logiciel « SPHINX » consultable en démonstration sur le site www.lesphinx-developpement.fr. Le logiciel SPHINX Online devait permettre de répondre à l'objectif poursuivi, convivialité et rapidité pour la personne enquêtée, qualité et fiabilité des traitements permis pour l'exploitation des résultats (analyses croisées immédiates, graphiques couleur en ligne etc...).

Les destinataires ont reçu une invitation à se connecter au site d'enquête.

Les réponses ont pu être analysées dans un temps réduit à l'aide des nombreuses fonctions statistiques attachées à l'outil. En outre, les questions ouvertes ont donné lieu à un gros volume de commentaires et de prises de positions, parmi lesquels nous avons opéré une sélection de verbatim représentatifs des diverses opinions, origines, spécialités etc... des répondants. Cette matière très riche a enrichi nos hypothèses de travail et éclairé notre travail de terrain, pour chaque catégorie de répondants.

L'enquête a duré environ un mois, à la fin des congés d'été 2007. Le taux de réponse global de 40% est assez satisfaisant, compte tenu de la période estivale et de la brièveté de l'enquête, avec des variations sensibles en fonction de la typologie des répondants :

	IPRP Personnes physiques	IPRP Personnes morales	SST
Réponses reçues	631	62	104
Nombre de courriers envoyés	1 546	187	350²
Taux de réponse	41%	33%	30%
<i>Taux d'abandons immédiats</i>	<i>15%</i>	<i>18%</i>	<i>23%</i>
<i>Taux d'abandons en cours de saisie</i>	<i>25%</i>	<i>39%</i>	<i>52%</i>

Une explication à ces différences de taux de réponse pourrait être :

- en ce qui concerne les IPRP Personnes physiques, une petite partie des courriers n'est pas arrivée à leur destinataire³. En effet, certains IPRP ont changé d'adresse sans en informer le collège interrégional, et n'ont donc pas pu répondre à l'enquête en ligne. Néanmoins, compte tenu de la brièveté de l'enquête et du caractère volontaire des réponses, le taux de réponse est satisfaisant. Il semble démontrer le besoin d'expression des IPRP personnes physiques.
- pour les IPRP Personnes morales, pour lesquels le taux de réponse est de 33%, on peut avancer un moindre intérêt porté au questionnaire par les cabinets conseil et les organismes de formation qui n'ont pas eu d'activité générée grâce à leur statut IPRP. Cette tendance est corroborée par le taux d'abandon en cours de saisie de 39%, qui est relativement élevé.
- pour les SST, le taux de réponse est proche de celui des IPRP personnes morales, mais on aurait pu attendre un taux de réponse plus élevé si l'on rappelle que les directeurs de SST ont été sollicités par l'intermédiaire de l'inspection médicale, contrairement aux IPRP. S'agit-il d'un manque de temps ou d'intérêt, certains messages n'ont-ils pas été relayés jusqu'à leur destinataire ? Un autre indice est que le taux d'abandon en cours de saisie (52%) est le plus élevé des trois catégories de destinataires des enquêtes. Dans ce cas, s'agit-il d'une prudence par rapport à un questionnement sur la pluridisciplinarité ?

D'une manière générale, les répondants représentent *de facto* la partie de la population des IPRP la plus motivée à prendre position sur la pluridisciplinarité et sur l'habilitation. Du fait des non-réponses, certaines catégories d'IPRP peuvent être sur- ou sous-représentées dans les résultats présentés ci-après. Seule l'exploitation

². Le nombre exact de destinataires n'est pas connu précisément. Nous avons retenu comme chiffre le nombre total de SST mentionné dans les études sur la médecine du travail.

³ Par exemple, pour l'inter-région n°4, sur 385 courriers envoyés, 20 IPRP étaient inconnus à l'adresse indiquée. Le secrétariat du collège a pu en retrouver un certain nombre grâce à leur n° de téléphone portable. Certains avaient changé de région, mais en l'absence d'un fichier national régulièrement mis à jour, et du fait de l'habilitation "à vie", il devient inévitable de perdre la trace d'une partie des IPRP personnes physiques.

détaillée d'un fichier national des IPRP, encore en projet, permettrait de dresser un profil comparatif des répondants et des non répondants.

Néanmoins le nombre et la diversité des réponses nous semblent constituer une base suffisante pour dessiner les grandes tendances de la pluridisciplinarité.

Les résultats détaillés des enquêtes en ligne figurent en annexe n°1 du rapport.

2.2.2. Le recueil des éléments qualitatifs concernant la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et les pratiques en entreprise

Pour réaliser les objectifs fixés, le cahier des charges prévoyait de :

- réaliser des auditions des associations d'IPRP, du CISME, des collèges d'habilitation et de toute autre personne que le prestataire jugera nécessaire.
- définir un panel de 10 entreprises au sein des DRTEFP identifiés ci-dessous (PACA/ Nord-Pas-de-Calais/ Poitou-Charentes) comprenant des TPE, PME et grandes entreprises représentant différents secteurs et élaborer une méthodologie afin de voir comment la pratique de la pluridisciplinarité y est organisée et comment elle est ressentie (collation de modèles de conventions/ de fiches d'intervention etc...).
- réaliser des monographies sur la pluridisciplinarité en lien avec des DRTEFP sur différents bassins géographiques afin de disposer de données d'ordre qualitatif et de voir quels sont les liens qui ont été tissés entre les différents acteurs de la prévention sur le terrain (ARACT /CRAM /SST etc...).

Les investigations qualitatives ont été conduites selon cinq axes :

- Etude de 10 cas d'entreprise et réalisation des monographies correspondantes
- Réunions avec 3 collèges interrégionaux
- Réunions avec 3 DRTEFP
- Interviews de personnalités représentatives des acteurs de la prévention et des partenaires sociaux
- Examens de différents documents et supports communiqués par la DGT et nos différents interlocuteurs.

2.2.2.1. Les monographies d'entreprise

Dix monographies d'entreprises ont été réalisées dans les trois régions ayant fait l'objet de l'étude sur la médecine du travail confiée aux professeurs CONSO et FRIMAT, à savoir **Nord Pas de Calais, Poitou-Charentes et Provence Alpes Côte d'Azur**.

Il s'est agi de comprendre comment se déroule concrètement l'intervention de l'IPRP et comment s'organisent ses relations avec les autres acteurs de la prévention (médecin du travail, CHSCT, service prévention et autres préventeurs, Inspection du travail, CRAM, ARACT, OPPBTP ...).

La répartition des cas d'entreprises investigués était au départ la suivante :

	SST entreprise	SST interentreprises interprofessionnel	SST inter professionnel	
Nord Pas de Calais	TGE	GE - PME - TPE		4
Poitou-Charentes		PME - TPE	PME	3
PACA	TGE	GE - PME		3
	2	7	1	

La région Poitou-Charentes ne disposant pas de service de santé au travail professionnel, il n'a pas été possible de retenir une entreprise qui y adhère. La caractéristique des entreprises rencontrées est au final la suivante:

- 3 très grandes entreprises : plus de 1500 salariés (une dans chaque région),
- 3 grandes entreprises : entre 200 et 1500 salariés (une dans le Nord et 2 en PACA),
- 2 petites et moyennes entreprises : entre 20 et 200 salariés (1 dans le Nord et 1 en Poitou-Charentes),
- 2 très petites entreprises : moins de 20 salariés (1 dans le Nord et 1 en Poitou-Charentes).

	SST entreprise	SST interentreprises interprofessionnel	
Nord Pas de Calais	TGE sidérurgie	GE pneumatique PME tissage de textile TPE service automobile	4
Poitou-Charentes	TGE fabrication de moteurs	PME travaux publics TPE laboratoire d'analyses médicales	3
PACA	TGE pétrochimie	GE grande distribution GE transformation de viande	3
	3	7	

Les entreprises retenues ont été choisies en concertation avec les DRTEFP et les MIRTMO qui ont contacté les services de santé au travail pour soit choisir avec eux les entreprises de l'échantillon soit laisser le soin aux chercheurs de se mettre d'accord avec les SST et les entreprises.

Les **critères de choix** ont été basés sur :

- la taille des entreprises et le type de SST de rattachement avec la volonté d'aller également dans des petites entreprises
- le secteur d'activité pour disposer d'un certain équilibre entre industrie et service

- l'intensité et la nature de la pratique de la pluridisciplinarité. Il était important que les entreprises concernées aient mené avec leur SST des actions significatives en matière de pluridisciplinarité ayant a minima impliqué un IPRP et un médecin du travail.

Dans les entreprises ont été rencontrés effectivement en règle générale le médecin du travail, le chef d'entreprise, le responsable du personnel, le responsable ou l'animateur sécurité, le secrétaire du CHSCT quand il existe, le ou les IPRP, le cas échéant l'infirmier (ère), l'assistant(e) en santé au travail, des personnes (chef d'équipe, opérateurs, ...) ayant participé à des actions de prévention pluridisciplinaires.

Une monographie a été rédigée pour chaque entreprise auditionnée présentant les pratiques en matière de pluridisciplinarité et les avis des acteurs rencontrés. Les monographies ont été validées par les personnes rencontrées avant leur diffusion.

Les monographies figurent en annexe n°3 au présent rapport. Les commentaires qui en sont issus apparaissent en italique dans le présent rapport.

2.2.2.2. Les réunions avec les collèges interrégionaux

Des rencontres (d'une durée de 3 à 4 heures) avec les représentants de **trois collèges interrégionaux d'habilitation**, à l'occasion d'une réunion du collège :

- **le collège N° 3** : Nord Pas de Calais, Picardie, Champagne Ardennes, Lorraine, Alsace, Bourgogne, Franche Comté
- **le collège N° 4** : Auvergne, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Languedoc-Roussillon
- **le collège N° 5** : Limousin, Poitou-Charentes, Aquitaine, Midi-Pyrénées et départements d'Outre Mer.

Nous avons ciblé ces trois collèges comme nous l'avions prévu dans notre proposition compte tenu des délais impartis. Des contacts ont été pris avec les deux autres collèges pour disposer de leurs bilans annuels d'activité. Les rapports du collège n° 2 (Centre, Pays de Loire, Bretagne, Basse et haute Normandie) nous ont été transmis mais pas ceux du collège n°1 (Ile de France).

Les comptes rendus rédigés à la suite des réunions avec les collèges ont été validés par leurs membres.

Les comptes rendus de ces entretiens collectifs figurent en annexe 4 au présent rapport.

2.2.2.3. Les entretiens avec les DRTEFP

Des rencontres d'une durée de 3 heures ont été organisées avec **les représentants des DRTEFP** (directeur régionaux et adjoints, MIRTMO) des régions suivantes :

- Nord Pas de Calais
- Poitou-Charentes
- Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les entretiens réalisés à partir d'une grille de questionnement ont notamment porté :

a) sur leur connaissance de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans la région :

- concernant les IPRP eux-mêmes
- concernant le recours des SST et des médecins du travail aux IPRP
- concernant le recours des entreprises aux IPRP

b) sur la doctrine de la DRTEFP, de l'Inspection du travail et des MIRTMO concernant la pluridisciplinarité :

- messages diffusés,
- communications, actions vers les SST et les médecins du travail,
- communication, action vers les IPRP,
- communication vers les organisations syndicales, les IRP dont les CHSCT,

c) sur le bilan global que les DRTEFP font de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité :

- concernant la mise en œuvre de l'action des médecins du travail en matière de prévention,
- concernant les pratiques des entreprises en matière d'évaluation des risques,
- concernant le rôle du collège interrégional d'habilitation et la professionnalisation des IPRP (personnes morales ou physiques),
- concernant le rôle de la CRAM, de l'OPPBTP et de l'ARACT.

2.2.2.4. Les entretiens et interviews

A. Des entretiens ont été réalisés en direct ou par téléphone (d'une durée d'une heure à une heure 30 environ) avec **différents acteurs** concernés par la pluridisciplinarité, avec pour objectif de mettre en évidence les pratiques mises en œuvre sur le terrain, les évolutions en cours et de recueillir leurs suggestions et leurs propositions d'amélioration du dispositif actuel :

- associations d'IPRP (AFIST, SNIPRP, AFTIM, PREVALYS),
- le SNPMT (syndicat national professionnel des médecins du travail),
- le CISME (centre interservices de santé et médecine du travail)
- les représentants des services de santé au travail,
- les représentants de la CNAMTS, de l'ANACT, et de l'OPPBTP...

Les entretiens ont été conduits à partir d'une grille de questionnement spécifique.

B. Des entretiens en direct ou par téléphone (d'une durée d'une heure environ) ont été réalisés avec les représentants des **organisations professionnelles d'employeurs** (MEDEF, CGPME, UPA) et les **organisations syndicales de salariés** (CGT, CFDT, FO, CGC, CFTC), dans le but de recueillir leur analyse sur le bilan qu'ils font de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et d'inventorier leurs suggestions et leurs propositions d'amélioration du dispositif actuel.

Les entretiens ont été conduits à partir d'une grille de questionnement comprenant en particulier les points suivants :

- a) Quelle était la position de l'organisation lors de la mise en place du dispositif des IPRP (art L 241-2 du CT), qu'en attendiez-vous ?
- b) Quel bilan tirez vous de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité depuis 2003 plus particulièrement sur les 4 points suivants :
- sur le dispositif d'habilitation des IPRP
 - sur l'activité des IPRP
 - sur l'organisation des relations avec la médecine du travail
 - sur les résultats pour la prévention
- c) Avez-vous des propositions d'évolution de ce dispositif et si oui lesquels ?

2.2.2.5. Informations et documents disponibles relatifs à la pluridisciplinarité et aux IPRP

A ce titre peuvent être cités :

- Les textes, accord et jurisprudence
- directive du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ; n° 89/391/CEE
 - articles R.241-1 à R.241-3 du code du travail concernant les SST,
 - arrêté du 24 décembre 2003 relatif à la mise en œuvre de l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail,
 - circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail,
 - circulaire DRT n° 03 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail,
 - circulaire DRT 2005/05 du 20 juin 2005 relative au dispositif d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels et visant à favoriser la mise en œuvre de la pluridisciplinarité,
 - accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail
 - arrêts du conseil d'Etat des 20 octobre 2004 et du 30 mars 2005 SNPMT
- des études réalisées sur la pluridisciplinarité :
- le traitement du questionnaire adressé par le collège n°1 en septembre 2005 aux IPRP, personnes morales et physiques, habilitées lors de la 1ère année du dispositif,
 - le bilan de l'enquête IPRP 2006 adressé par le collège n°4 aux IPRP habilités à fin juillet 2006,
 - une étude réalisée par l'association AFIST sur la mise en place de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail,
 - l'étude sur la pluridisciplinarité en santé au travail en Languedoc-Roussillon réalisée en 2005 par l'Observatoire régional de la santé à la demande de la DRTEFP,
 - un protocole d'intervention mis au point par un service de santé au travail qui définit la mission d'un IPRP.
-

-
 → les bilans annuels des 5 collèges

Les Professeurs CONSO et FRIMAT, à la demande de l'IGAS, ont conduit une étude sur la réforme de la médecine du travail dont le rapport doit être remis aux pouvoirs publics. Elle a été menée dans les mêmes régions que celles retenues pour notre mission : Provence Alpes Côte d'Azur, Poitou Charente et Nord Pas de Calais. Cette étude a cependant un champ plus large que l'étude sur la pluridisciplinarité. Elle fera également sans doute des recommandations sur la place des IPRP et la pluridisciplinarité. Les deux rapports abordant la question sous deux angles différents mais complémentaires, il sera utile d'en confronter les résultats.

2.3. Les contraintes de calendrier

Notre mission a été lancée à l'approche des congés d'été 2007. La phase préparatoire s'est déroulée dans la première partie du mois de juillet jusqu'au comité de pilotage du 13 juillet 2007.

Compte tenu des contraintes liées à la période estivale, réduisant momentanément la disponibilité personnes et des entreprises, nous avons été conduits à mener certains travaux en parallèle et à décaler le lancement de l'enquête en ligne au 24 août 2007.

Les visites d'entreprise ont été conduites à partir de la rentrée jusqu'à mi-octobre, en liaison avec les DRTEFP et les SST concernés.

Les réunions de travail et les entretiens se sont également étalés jusqu'à mi-octobre.

2.4. Le rapport final

Le rapport final est composé d'une synthèse portant sur l'ensemble des données recueillies et en annexe d'une présentation des résultats des questionnaires, des dix monographies et des réunions avec les collèges ainsi que d'un essai de consolidation des données présentées dans les bilans annuels d'activité des collèges d'habilitation.

Les livrables sont un rapport détaillé sous Word et une mise à disposition des fichiers sous CD ROM.

3. Le cadre législatif et réglementaire de la pluridisciplinarité

3.1. La nécessaire et difficile conciliation de deux logiques

Les textes en vigueur répondent à la fois à la volonté de respecter l'obligation communautaire de mise en place d'acteurs internes de la prévention des risques dans les entreprises et la volonté de réformer et de préserver le modèle français de médecine du travail. Alors que l'obligation de pluridisciplinarité pèse d'abord sur le chef d'entreprise, **elle a été transférée aux services de santé au travail pour le compte de leurs employeurs adhérents**. Ce faisant, les textes brouillent fréquemment les deux dimensions de la pluridisciplinarité que sont d'un côté, l'obligation de pluridisciplinarité imposée dans les SST et le recours à des compétences pluridisciplinaires par les entreprises.

Ce contexte ambigu a été fortement rappelé par de nombreux interlocuteurs.

3.2. Les bases juridiques de la pluridisciplinarité

Depuis 1988, la pluridisciplinarité faisait l'objet d'expérimentations. **La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale** l'érige en obligation. Les entreprises et les services de santé au travail (SST) sont désormais tenus d'être en capacité de mobiliser toutes les compétences utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail.

3.2.1. Une contrainte européenne à satisfaire

L'article 7 de la **directive-cadre 89/391/CEE du 12 juin 1989** relative à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (JO. CE. L183/1 du 29 juin 1989) est à l'origine du dispositif des intervenants en prévention des risques professionnels. C'est en effet cet article 7 que transpose, après de multiples péripéties avec les autorités européennes, l'article 193 de la loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002 (JO du 18 janvier 2002) codifié à l'article L.241-2 du code du travail.

L'article 7 de la directive impose **aux employeurs** une obligation de désigner un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels ou de recourir, si les compétences internes sont insuffisantes, à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise. Il précise que les travailleurs désignés ou les services extérieurs consultés doivent avoir les compétences nécessaires et disposer des moyens requis....

Les autorités communautaires ayant considéré, dès 1997, que l'existence des services de médecine du travail en France n'assurait pas une transposition satisfaisante de l'obligation de la directive, la France a choisi de s'appuyer sur l'ossature des services médicaux du travail, mais en favorisant un élargissement de l'offre de prévention par le recours à des compétences nouvelles, techniques et organisationnelles,

susceptibles d'être mobilisées par les services de médecine du travail. Alors que la périodicité des visites médicales devenait bisannuelle, de nouvelles prestations étaient ainsi offertes aux entreprises adhérentes.

3.2.2. Une réponse aux vœux des partenaires sociaux

La réforme est aussi une réponse aux vœux des partenaires sociaux exprimé dans *l'accord du 13 septembre 2000* sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels, de voir fonctionner la pluridisciplinarité « dans un cadre élargi, permettant à l'ensemble des acteurs de toutes les entreprises de bénéficier de toutes les compétences existant au niveau national ou régional pour assurer une prévention efficace ».

Dans l'accord (signé par les syndicats CFDT, CFTC, FO et CGC mais pas par le CGT), les partenaires sociaux prenant en compte la pénurie de médecins du travail et l'insuffisante réalisation de l'évaluation des risques, expriment les premiers leur volonté d'une **véritable pluridisciplinarité** dans la prévention fondée sur les compétences multiples des institutions existantes (médecine du travail, services prévention des CRAM, CTN, CTR, INRS, OPPBTP, ANACT, ARACTs).

L'accord prévoit également l'intervention dans les entreprises « de spécialistes aux compétences diversifiées (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail, acoustique) participant au service de santé au travail ou exerçant dans des structures autonomes (organismes de contrôle, consultants,...) ». Ces spécialistes sont mobilisés par l'employeur en liaison avec le médecin du travail dans les entreprises où existe un service autonome et par le service interentreprises de médecine du travail dans les autres entreprises. L'accord précise enfin que l'agrément de ces spécialistes est assuré par les CRAM et les ARACTs.

3.2.3. Une transposition de l'obligation avec comme pivot les services de santé au travail

Outre le remplacement des termes de services de médecine du travail et services médicaux du travail par ceux de **services de santé au travail**, l'article L.241-2 précise « *qu'afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail font appel, en liaison avec les entreprises concernées, soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie, de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail, soit à des personnes ou des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les caisses régionales d'assurance maladie ou par ces associations régionales.*

L'appel aux compétences visé au précédent alinéa s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés et déterminées par décret ».

Les pouvoirs publics précisent que si la médecine du travail – elle aussi profondément réformée par le décret du 28 juillet 2004 – demeure **la clé de voûte de**

la prévention en entreprise, elle n'est plus seule. Son action est renforcée par l'apport de compétences nouvelles. Le passage s'est opéré d'une vision purement et quasi-exclusivement médicale de la prévention, vers une approche globale de la santé, approche qui requiert des compétences techniques et organisationnelles.

3.3. Un dispositif réglementaire complexe

L'application de cette disposition législative est assurée par **le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003** (JO du 26 juin 2003), qui met en œuvre l'obligation faite par la loi à chaque entreprise de recourir à une structure de prévention, compétente tant pour les questions de santé que de sécurité au travail. Il renvoie à un arrêté du ministre chargé du travail la définition de certaines modalités d'application. Le décret du 24 juin 2003 précise les règles d'appel par un service de santé au travail à ces personnes ou organismes intitulés « intervenant en prévention des risques professionnels » (IPRP) ainsi que les modalités d'habilitation. Ces dispositions sont codifiées aux articles R.241-1-1 à R.241-1-7 du code du travail.

Un **arrêté du 24 décembre 2003** « relatif à la mise en œuvre de l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail » (JO du 31 décembre 2003) précise les critères et les modalités de l'habilitation « IPRP » par les collèges régionaux créés à cette fin.

La circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004 « relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail » (Liaisons sociales du 13 février 2004 n° 8458) commente et précise l'ensemble de ces dispositions.

Elle est **parfois confuse** et n'a pas, selon de nombreux acteurs, clarifié les problématiques. Elle aborde notamment, sans toujours les distinguer, les règles applicables pour différentes catégories d'IPRP, alors que leur spécificité aurait nécessité une approche distincte.

Devant les difficultés pratiques rencontrées par les collèges dans la mise en œuvre de l'habilitation, **une deuxième circulaire DRT n° 2005-05 du 20 juin 2005 (B0 N° 2005-8)** relative « au dispositif d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels et visant à favoriser la pluridisciplinarité » tire un premier bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité (300 IPRP habilités au 31 décembre 2004) et dégage les premiers enseignements des décisions rendues par les collèges. Elle tente de clarifier les modalités de l'habilitation que ne précisaient pas les textes précédents (réception et instruction des demandes, responsabilités des collèges et de l'Etat, critères d'habilitation, retrait d'habilitation, bilans d'activité des collèges, modèle de décision).

3.4. Le sens de la réforme et ses débuts difficiles

3.4.1. Une approche pragmatique

La circulaire du 13 janvier 2004 indique en conclusion que les modalités de mise en œuvre de la pluridisciplinarité qu'elle définit, sont faites pour s'adapter à l'évolution des besoins et des attentes des acteurs du monde du travail et qu'elles ont été conçues dans **une logique** susceptible d'être revue le cas échéant.

La présente étude s'inscrit comme une étape dans ce processus.

3.4.2. Mais une forte ambition

La circulaire du 13 janvier 2004 rappelle notamment les objectifs que l'Etat se donne au travers de la pluridisciplinarité. Il conviendra d'évaluer dans quelle mesure ces objectifs ont pu être atteints.

1. La pluridisciplinarité doit assurer une **réforme structurelle du système de prévention.**

« La pluridisciplinarité répond à la nécessité de réformer structurellement le système français de prévention des risques professionnels auparavant orienté vers la seule médecine du travail **pour enrichir l'offre de prévention à destination des entreprises** »

2. La pluridisciplinarité doit viser **une amélioration de la qualité des intervenants** au service d'une amélioration de la prévention.

Elle doit permettre pour le salarié « une protection globale et élargie ... assurée par des spécialistes nombreux aux compétences reconnues. »

3. La pluridisciplinarité doit permettre **d'optimiser l'analyse des risques.**

Pour l'employeur elle vient compléter les dispositions sur l'évaluation des risques en lui permettant « d'optimiser son analyse des risques » et leur prévention.

4. La pluridisciplinarité doit déboucher sur **un décloisonnement de la prévention**, car elle favorise « un travail en réseau », « une approche collective des conditions de travail ». Il s'agit de développer **une logique de collaboration** entre les médecins du travail, les chefs d'entreprise et les acteurs internes afin de renforcer la protection des salariés.

5. Elle doit répondre à un souci permanent de **« simplification des procédures »** pour les services de santé au travail, les intervenants et l'utilisateur final, l'entreprise, par un dispositif d'utilisation souple et ouverte autour d'objectifs qualitatifs.

3.4.3. Cependant marquée par une genèse difficile

Dès leur préparation, ces textes font l'objet de critiques émises par de nombreux acteurs poursuivant chacun des objectifs antagonistes.

- D'abord **ceux qui craignent une remise en cause de la médecine du travail**

Deux recours sont engagés par le syndicat national professionnel des médecins du travail aboutissant aux arrêts du Conseil d'Etat des 20 octobre 2004 sur la légalité du décret du 24 juin 2003 (n° 258379 RJS 1/05 n° 49) et du 30 mars 2005 et sur la légalité de la circulaire du 13 janvier 2004. Les deux recours sont rejetés.

Le premier recours s'appuie notamment sur l'absence de statut protecteur analogue à celui dont disposent les salariés protégés, sur l'atteinte au secret médical que

constituerait le droit d'accès aux informations relatives aux risques pour la santé pour les intervenants IPRP, le risque de non transmission des informations relatives aux risques professionnels aux médecins du travail du fait de l'activité des IPRP.

- Ensuite **ceux qui jugent que la nouvelle réglementation ne transpose pas correctement l'article 7 de la directive.**

Il en est ainsi par exemple du recours gracieux du comité de liaison inter-associations des préventeurs européens (CLIFE) regroupant 7 associations fondatrices (ADHYS, AFTIM, AGREPI, AMHYS, CPST, AAE-ESSEL, GPCTSI, HYETIC, RESPECT, SOFHYT) en raison de :

- l'exclusion des trois fonctions publiques,
- l'insuffisance des missions des services de santé au travail pour recouvrir la globalité d'une démarche de protection et de prévention dont sont chargés les services visés par la directive,
- la confusion induite par les textes sur la charge de l'organisation de la prévention qui relève de manière exclusive du chef d'entreprise et non du service de santé au travail,
- l'absence de statut protecteur des IPRP,
- la notion jugée réductrice de santé au travail et non de santé et sécurité au travail dont la complémentarité est affirmée par le texte européen,
- l'aspect facultatif du recours à l'intervenant en prévention des risques professionnels,
- le double rôle des instances officielles de la prévention (CRAM, ARACT, OPPBTP),
- l'ambiguïté de la notion d'habilitation et des modalités d'habilitation et de retrait d'habilitation,
- l'absence de formation spécialisée en prévention imposée aux candidats à l'habilitation,
- l'atténuation du rôle de l'employeur dans la responsabilité de la prévention,
- les ambiguïtés de l'habilitation au titre du domaine médical,
- d'un renversement de la conception de la pluridisciplinarité comme une obligation de moyens de la médecine du travail et non comme une obligation à la charge du chef d'entreprise de mobilisation de toutes les compétences médicales techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention.

Ces prises de position initiales restent marquantes dans un certain nombre de points de vue entendus et ce d'autant que le recul reste faible (la réforme n'a que 3 ans) et que la connaissance de ce qui se passe concrètement sur le terrain est floue.

4. L'habilitation des IPRP : un processus jugé peu satisfaisant

4.1. Combien d'intervenants en prévention des risques professionnels aujourd'hui ?

Les données chiffrées sur les habilitations sont à manier avec prudence, les collèges pouvant utiliser des méthodes de décompte différentes, compter les personnes habilitées et/ou compter les habilitations dès lors qu'une personne détient une habilitation pour les deux compétences technique et organisationnelle.

Les données ont été retravaillées par nos soins, dans la mesure du possible, car les chiffres fournis dans chacun des rapports annuels sont calculés sur des bases différentes. Ces chiffres ne permettent malheureusement pas de comparer l'ensemble de la population et les répondants à l'enquête. Les données retravaillées figurent en annexe n° 2.

Un premier constat est que le nombre d'IPRP est supérieur aux estimations de beaucoup de nos interlocuteurs et avoisine les 1 800 personnes physiques et morales. Le rythme de progression s'est cependant ralenti en 2006 et vraisemblablement en 2007.

Sur 4 collèges on dénombre (hors collège n°1 dont les chiffres ne nous ont pas été communiqués, mais dont la liste des IPRP figure sur Internet pour 320 personnes physiques et 41 personnes morales) 980 personnes physiques, 112 personnes morales soit 1092 IPRP au total au vu des bilans annuels d'activité.

Les dossiers reçus ou présentés pour ces 4 collèges ont été de 335 en 2004, de 702 en 2005 et de 463 en 2006, soit un total de 1 500.

Si on se réfère au nombre de questionnaires envoyés aux IPRP pour l'enquête par internet à mi-2007 (intégrant le collège n°1), on dénombrerait 1546 IPRP physiques et 187 IPRP personnes morales à août 2007, qui se répartissent comme suit par inter-région.

Collège n°	Régions couvertes	Nombre d'IPRP Personnes physiques	Nombre d'IPRP Personnes morales
1	Ile France	320	41
2	Centre / Ouest/ Nord Ouest	246	27
3	Nord / Est	245	26
4	Sud Est	415	48
5	Sud Ouest / DOM	320	45
Nombre total d'IPRP contactés		1546	187

Le collège n° 5 note une forte proportion de demandes d'habilitation pour les départements d'Outre Mer en particulier la Guyane.

4.2. Quel bilan tirer du dispositif de l'habilitation ?

Tant la logique qui a présidé à la solution adoptée que les modalités retenues pour la procédure d'habilitation font l'objet de fortes critiques. Cependant ce contexte a contribué à souder les trois institutions CNAMTS/CRAM, ANACT/ARACTS et OPPBTP et à faciliter leur coopération.

En résumé l'habilitation pose problème en raison :

- des ambiguïtés de sa **portée matérielle** (habilitation au titre des compétences technique, organisationnelle et médicale),
- de sa **portée dans le temps** (habilitation à vie pour les personnes physiques),
- de sa **portée dans l'espace** (habilitation régionale pour un exercice national),
- des **critères d'habilitation retenus** qui conduisent à faire habilitier des personnes dont la qualité des prestations et la compétence opérationnelle ne sont pas certaines,
- de la logique de l'habilitation qui offre aux habilités une reconnaissance que leurs « habilitateurs » ne souhaitent pas valoriser compte tenu de l'incertitude sur leurs compétences.
- du double rôle qu'elle fait jouer aux trois organismes à la fois « habilitateurs » et IPRP.

On peut légitimement s'interroger sur **les motivations** qui conduisent les candidats à solliciter leur habilitation. Les membres d'un collège remarquent qu'un bon nombre de personnes habilitées IPRP pensent que l'habilitation qui leur a été délivrée va leur ouvrir un marché qui pourtant ne semble toujours pas se révéler à ce jour.

Dans les Services de Santé au Travail, l'habilitation IPRP se révèle être une condition « sine qua non » d'embauche.

Qu'apporte l'habilitation ? **L'habilitation, à quoi ça sert ?**

C'est par ce titre provocateur qu'a été introduite une des questions conclusives des questionnaires adressés aux IPRP, visant à mesurer leur perception de l'importance de l'habilitation.

A la question "Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui caractérisent le mieux votre perception de l'importance de l'habilitation ? ", les IPRP ont fourni les réponses suivantes, classées par score décroissant.

Pour les IPRP personnes physiques :



Pour les IPRP personnes morales :



Ces réponses montrent plusieurs axes de convergence :

- **pour environ la moitié des IPRP, l'habilitation donne une légitimité, une crédibilité reconnue ;**
- **mais seulement 10 à 20% des IPRP indiquent que l'habilitation leur a apporté une activité professionnelle supplémentaire.** La même perception est confirmée par les IPRP indépendants, les IPRP d'entreprise, et les IPRP employés par un SST, montrant par là que l'habilitation, à ce jour, ne constitue pas un levier vers une activité renforcée ;
- **19% des répondants indiquent que l'habilitation ne leur a été d'aucune utilité,** mais la même proportion de répondants mentionne que sans l'habilitation, ils se seraient fermés des portes, bien que l'habilitation leur soit quand même de peu d'utilité par ailleurs ;
- **enfin, l'habilitation permet aux IPRP de figurer dans une liste accessible aux entreprises,** avec plus d'importance perçue par les personnes morales (50%) que par les personnes physiques (26,8%). Il restera à vérifier sur le terrain si les entreprises ont effectivement recherché des IPRP dans ces listes.

Ainsi, se vérifierait l'hypothèse selon laquelle **l'habilitation ne constituerait pas, à ce jour, un levier fort de développement de la pluridisciplinarité,** dans la mesure où elle n'apporte pas d'activité supplémentaire significative.

Une autre question est de savoir si cette reconnaissance correspond à la mise en œuvre de véritables compétences, question que soulèvent par ailleurs les collègues au vu de certaines candidatures présentées.

Il n'y a **pas de différence de perception**, en moyenne, entre les IPRP, **suivant leur domaine d'habilitation**.

Par contre, **les IPRP personnes physiques qui déclarent que l'habilitation ne leur a été d'aucune utilité ont plutôt le profil suivant** :

- ✓ ancienneté assez forte dans la structure et dans le poste, et plutôt âgé
- ✓ effectuent beaucoup de jours d'interventions explicites IPRP, vers un temps plein, ou à l'inverse beaucoup de jours d'interventions non explicites IPRP, vers un temps plein
- ✓ considèrent n'avoir pas du tout d'autonomie d'action et de parole, ni de bonnes relations avec le médecin du travail ou l'entreprise
- ✓ ne participent pas aux restitutions
- ✓ leurs préconisations ne sont pas mises en œuvre
- ✓ jamais informés

En somme, comme on pouvait l'imaginer, **ceux qui se jugent les moins informés sur les résultats de leur travail sont les plus critiques sur l'utilité de l'habilitation**.

La comparaison des profils des réponses, d'une part des IPRP personnes physiques employés par un SST ou un GIE, et d'autre part des autres IPRP montre que ceux-ci sont globalement assez proches (*les profils sont reproduits page suivante*). Ils font néanmoins apparaître quelques différences que nous explicitons ci-dessous **en prenant les IPRP personnes physiques de SST et GIE comme point de référence** :

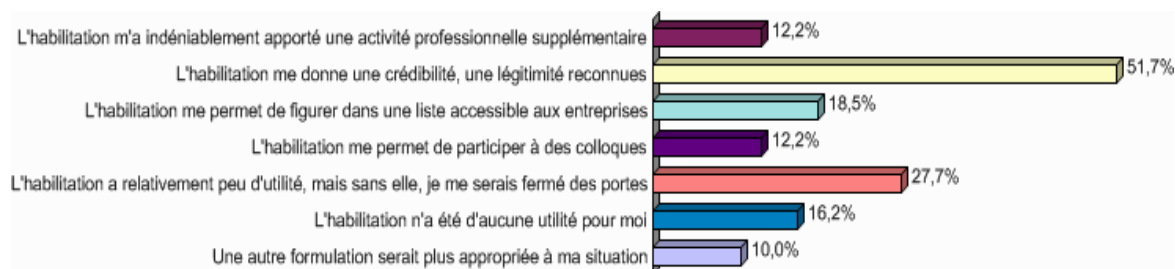
- a. ceux-ci sont moins sensibles au fait de figurer sur une liste accessible aux entreprises (-17 points), ce qui est logique dans la mesure où leur emploi fixe le justifie moins que pour des experts indépendants.
- b. pour eux, l'habilitation a relativement moins d'utilité (-13 points), bien qu'ils considèrent que sans elle, ils se seraient néanmoins fermés des portes.
- c. ils sont légèrement moins nombreux que les indépendants (-6 points) à considérer que l'habilitation n'a été d'aucune utilité pour eux.

Les réponses des IPRP de SST et GIE appellent un commentaire plus général sur l'habilitation.

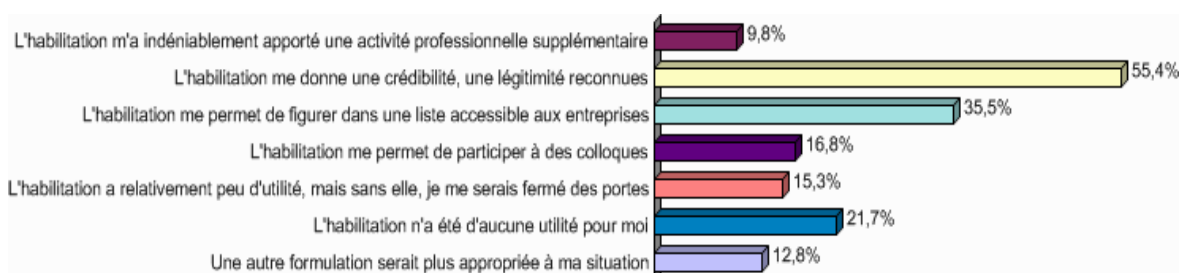
On aurait pu s'attendre à ce que le taux de satisfaction sur l'habilitation soit nettement plus élevé chez les IPRP personnes physiques de SST que chez les indépendants ou IPRP d'entreprises, dans la mesure où l'une des finalités de la mise en place d'une procédure d'habilitation a été notamment le développement de la pluridisciplinarité dans les structures de SST. Or il n'en est rien apparemment.

La dynamique de développement de la pluridisciplinarité est donc probablement encore freinée par des obstacles que notre étude cherchera à mettre en évidence.

Les réponses des IPRP personnes physiques des SST interprofessionnels et professionnels auxquels ont été ajoutées les réponses des IPRP de GIE (dans la mesure où leur contexte est similaire) correspondent à 271 répondants :



Le profil des réponses des autres IPRP personnes physiques, donc hors SST et GIE ⁴ correspondant à 327 répondants est le suivant :



4.3. L'organisation de l'habilitation

4.3.1. Le rôle des trois organismes : une ambiguïté traitée par défaut

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

Le décret du 24 juin 2003 confie aux trois organismes, les CRAM, les ARACTs, l'OPPBT le rôle d'intervenant en prévention des risques professionnels (article R 241-1-1.I) et leur attribue également la mission d'habiliter, à savoir de « contribuer à la reconnaissance des compétences » des autres personnes physiques et morales intervenant en prévention des risques professionnels. La circulaire du 13 janvier 2004 précise que ce double rôle a été voulu par le législateur et que cette compétence spécifique de « prestataire de services » soumise à un financement ad hoc (rémunération contractuelle par les entreprises ou les SST) se distingue de leurs missions traditionnelles.

L'arrêté du 24 décembre 2003 confie à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS), à l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et à l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT)

⁴ Il y a un très léger recouvrement entre les deux populations étudiées, car plusieurs réponses par répondant étaient autorisées. Les deux groupes de répondants peuvent néanmoins être considérés comme quasi indépendants.

le soin de mettre en place **le système d'information nécessaire** notamment pour éviter les demandes multiples répétées dans une année.

Quelles sont les pratiques constatées ?

L'exercice de missions au titre d'IPRP institutionnel n'est pas assuré, volontairement.

La CNAMTS a décidé qu'elle n'interviendrait pas comme IPRP à la fois pour des raisons de risque de concurrence déloyale (principe de gratuité de ses interventions) et déontologiques (missions de contrôle incompatibles avec celle d'IPRP). C'est la règle pour toutes les CRAM qui d'ailleurs ont été très peu sollicitées au départ. Par ailleurs la CNAMTS et les CRAM estiment que l'on ne peut pas être juge et partie : c'est-à-dire donner des habilitations et intervenir aussi comme habilité.

L'ANACT n'est pas citée comme IPRP de droit. Pour le réseau des ARACTs, les interventions à la demande des SST ne sont pas exclues mais ne s'exerceront pas au titre d'IPRP. Ainsi selon un représentant d'une ARACT, un principe non écrit est qu'elle n'intervient pas comme IPRP même si elle travaille avec des SST.

Il en est de même de l'OPPBTP.

La gestion des fichiers et le suivi des IPRP sont réalisés au niveau interrégional

Les secrétariats des collèges assurent la gestion et la mise à jour du fichier des IPRP habilités (quand ils sont informés des changements d'adresse, notamment). La liste des IPRP est en principe accessible sur le site internet des CRAM concernées. Cette initiative a été prise pour permettre la vérification par un tiers de l'habilitation d'un IPRP. Les données y figurant sont différentes d'un collègue à l'autre.

Certains ont limité les informations figurant sur la liste pour respecter les exigences de la CNIL. D'autres ont demandé l'accord des IPRP, sans l'obtenir toujours, pour y faire figurer leurs coordonnées postales et personnelles. Ces listes ne comprennent pas les compétences d'habilitation et sont donc inopérantes pour orienter des entreprises ou des SST qui y chercheraient un intervenant en prévention.

Organisées par interrégion, ces listes ne permettent pas non plus une recherche sur l'ensemble du territoire et posent la question de l'inscription des IPRP qui changent de région.

Quels sont les problèmes et les difficultés évoqués ?

Une liste nationale devait être réalisée mais n'a pas vu le jour. **Cette lacune de l'absence d'une base de données commune de tous les habilités « IPRP » est soulignée**

L'enquête qualitative réalisée en juillet 2006 par un collègue a montré que près de 15 % des IPRP n'étaient plus joignables par leur adresse postale en raison de changement d'adresse ou de dénomination. Un IPRP personne physique était également décédé sans que l'information ait pu être communiquée au collègue.

Des sites privés mettent en ligne des listes d'IPRP plus ou moins détaillées et complètes. Ces initiatives pour la plupart réalisées à la demande des médecins du travail sont louables mais présentent un risque de dérives. Il aurait été préférable que l'Etat soit le garant de la gestion de l'information portant sur les IPRP comme il était prévu au démarrage du dispositif d'habilitation.

L'archivage des dossiers est également une difficulté évoquée par les collègues qui se demandent quelle est la règle en matière d'archivage.

Pour assurer le suivi des IPRP personnes physiques, **les membres du collège pensent qu'il serait nécessaire d'organiser un renouvellement d'habilitation.** Celui-ci permettrait de tenir à jour la liste des IPRP et pourrait avoir comme objectif de dresser un bilan des activités menées par les personnes en tant qu'IPRP.

Ce constat pose la question de l'habilitation à vie des personnes physiques.

4.3.2. La coordination des habilitateurs et le rôle de l'Etat

Un **comité de pilotage national** comprenant des représentant des trois organismes, aux réunions duquel participe la direction générale du travail, est prévu pour assurer la coordination et le suivi du dispositif.

Le Comité de pilotage national a réuni au départ les membres des 5 collèges, puis s'est réuni en comité restreint. Une dernière réunion s'est tenue en février 2007.

Les questions à régler ont été nombreuses au départ (en 2004 et 2005) et ont nécessité une concertation régulière.

Le sentiment des membres des collèges reste cependant que les réponses apportées par la DGT à leurs questions ne leur ont pas permis de régler toutes les difficultés auxquelles ils sont concrètement confrontés.

Le rôle des services de l'Etat est défini dans la circulaire du 13 janvier 2004.

Les services de l'inspection du travail doivent pour leur part contrôler que l'obligation de pluridisciplinarité est bien respectée, s'assurer que l'employeur ou le président du SST est en capacité de recourir aux compétences nécessaires et vérifier que l'entreprise « lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, doit faire appel aux compétences de l'un des trois organismes, soit à des intervenants dûment habilités. »

Les directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ont de leur coté mission de vérifier, pour délivrer l'agrément ou le renouveler (§ 2.3.2.1 de la circulaire du 13 janvier 2004), que le service respecte bien ses obligations pluridisciplinaires de manière plus qualitative que quantitative. Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) agissent de leur coté en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec eux à l'application de la pluridisciplinarité.

L'action des DRTEFP s'exerce sur l'organisation des services de santé au travail, en particulier lors des renouvellements d'agrément. Nous avons interrogé les trois DRTEFP des régions retenues pour cette étude.

En **PACA** en 2006, 11 services ont été agréés. Dans les grandes entreprises ayant un service autonome, la DRTEFP demande que les animateurs de sécurité soient habilités IPRP. De plus en plus de services ont des agréments conditionnels notamment au regard de la pluridisciplinarité. Il leur est demandé de mettre en place les moyens appropriés à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en leur imposant de disposer en leur sein de compétences en toxicologie (élaboration de fiche d'exposition aux risques) et/ou risques psychosociaux par exemple.

Un réseau des IPRP des SST Sud (PACA et Languedoc Roussillon) a été créé. Un projet avec ACT Méditerranée en cours est d'organiser des Ateliers de la Prévention (par branche, métiers) permettant de produire des éléments méthodologiques qui seraient mis en œuvre dans des entreprises volontaires, les médecins du travail associés aux IPRP des SST formés en formation action servant de relais.

La DRTEFP s'interroge sur l'action à conduire vis-à-vis de l'ensemble des IPRP. Ils ont été invités aux 20 réunions des Assises de la Prévention. Les IPRP intéressés ont participé aux assises et exprimé un besoin d'information, de formation sur les TMS, les CMR, les risques psychosociaux. Si la DRTEFP a demandé à ACT Méditerranée (Aract PACA) d'animer les IPRP des SST, en revanche, aucune réponse n'a été apportée à ce jour pour tous les autres IPRP et l'étude arrive au moment où la DRTEFP s'interroge. Alors que l'Etat n'est pas dans l'instance d'habilitation, pourquoi animerait-il ? La DRTEFP ne souhaite pas, en dehors du cas des SST, prendre part à une animation et à un suivi des IPRP. Elle juge que cela revient aux partenaires sociaux.

Une distinction pourrait être faite entre les IPRP des SST, pour lesquels la DRTEFP souhaite imposer des exigences fortes et disposer d'une lisibilité de leur action, et les autres.

La mise en place du CRPRP (comité régional de la prévention des risques professionnels) par un texte du 10 mai 2007, permettra également d'aborder la question.

Pour la **DRTEFP Poitou-Charentes**, les actions en faveur de la pluridisciplinarité sont des actions communes avec la CRAM, l'OPPBTP et l'ARACT destinées aux entreprises visant la prévention des risques professionnels. Par ailleurs, l'une des fiches du Plan Régional de Santé au Travail porte sur le développement de la pluridisciplinarité dans les entreprises.

Il n'existe pas d'actions spécifiques engagées par la **DRTEFP Nord-Pas de Calais** pour le développement de la pluridisciplinarité. Par contre, la DRTEFP inscrit dans ses messages et dans ses actions l'exigence du développement de l'approche pluridisciplinaire en matière de prévention des risques professionnels. Au niveau des actions, la DRTEFP s'est elle-même dotée d'une cellule pluridisciplinaire qui intervient en appui de la mission des inspecteurs du travail. Elle a encouragé la mise en place d'une plateforme d'échanges en santé travail avec l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF). Mais aussi, elle intervient auprès des

organisations des entreprises qui souhaitent aider leurs adhérents dans la mise œuvre d'actions de prévention des risques professionnels. C'est le cas par exemple avec la CGPME et les Chambres de Métier et de l'Artisanat.

4.3.3. Le rôle de l'autorité d'habilitation des IPRP :

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

Il est précisé par le décret du 24 juin 2003 (article R 241-1-4 et R 241-1-5 du code du travail) et par l'arrêté du 24 décembre 2003.

L'article L 241-2 du code du travail indique que les compétences des personnes ou organismes appelés à intervenir doivent être « reconnues » par les CRAM, les ARACT et l'OPPBTB.

La volonté du législateur a été traduite dans le décret par l'instauration de **collèges régionaux**, réunissant les 3 organismes cités par la loi, dont la mission est de délivrer collégalement une habilitation aux personnes, physiques ou morales, qui en font la demande. La circulaire du 13 janvier 2004 rappelle que délivrance de l'habilitation relève de l'appréciation souveraine du collège et non d'une compétence liée.

Elle rappelle que la décision du collège - prise au nom et sous la responsabilité de l'Etat- est **une décision administrative**, susceptible, en tant que telle de faire l'objet d'un recours devant les juridictions compétentes.

La circulaire du 20 juin 2005 ajoute que la décision peut faire l'objet également d'un recours gracieux, auprès du collège et que le recours contentieux doit être exercé dans un délai de deux mois à compter de sa notification, auprès du tribunal administratif du lieu du siège du collège.

Une décision explicite de rejet doit être motivée et faire apparaître les considérations de droit et de fait sur lesquelles le collège s'est fondé. La circulaire du 20 juin 2005 ajoute que toute décision doit également nécessairement se référer à une base légale et indiquer les voies de recours et les délais du recours contentieux.

Enfin, cette circulaire ajoute que « l'Etat tire une exigence de cette délégation en demeurant responsable, en dernier ressort, des décisions rendues par les collèges ». Un modèle de décision est joint à la circulaire.

Alors que le décret (article R 241-1-4) évoque des collèges régionaux, l'arrêté du 24 décembre 2003 institue **5 collèges interrégionaux** (par volonté de simplification et de mutualisation des moyens et pour respecter le découpage territorial des organismes, selon la circulaire du 13 janvier 2004). Le décret précise que le collège comprend en nombre égal, des représentants des trois organismes et l'arrêté que les organismes désignent en leur sein, des représentants titulaires et suppléants pour une durée de 5 ans renouvelables. L'arrêté précise également que :

- le collège se réunit au moins tous les deux mois aux fins d'examiner les demandes d'habilitation, de renouvellement ou de retrait ou en tant que de besoin ;
 - les décisions sont prises après délibération, en l'absence d'opposition. La circulaire du 13 janvier 2004 précise qu'il ne serait pas concevable qu'une décision d'habilitation ait suscité une forte opposition d'un des membres ;
 - la CRAM assure le secrétariat, convoque les réunions et procède, au nom du collège, à la notification des décisions ;
-

- chaque collège peut adopter un règlement intérieur précisant ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

L'arrêté ajoute que le collège adresse chaque année **un bilan d'activité** aux DRTEFP de son ressort ainsi qu'aux observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) concernés (de leur ressort selon la circulaire du 20 juin 2005).

La circulaire du 20 juin 2005 précise qu'il appartient à la CRAM de procéder à la rédaction et à la transmission de ces bilans et que ces bilans peuvent être relativement succincts dans un premier temps. Ils doivent comprendre d'une part des données quantitatives sur le nombre de demandes déposées, le nombre d'habilitations accordées, refusées ou retirées, les catégories de personnes habilitées, les compétences retenues, etc et d'autre part des données qualitatives portant sur l'appréciation par le collège, de son activité. Des données nominatives ne peuvent y figurer que si les intéressés ont donné leur accord.

Quelles sont les pratiques constatées ?

Les CRAM assurent le **secrétariat des collèges** et **assurent aussi la représentation des autres CRAM** des différentes régions concernées.

Le réseau ARACT participe selon des modalités diverses aux collèges. Dans un cas, le titulaire est le directeur de l'ARACT du siège du collège. Il participe à 4 des 6 réunions annuelles. Les deux autres réunions sont tenues par la directrice d'une autre ARACT, suppléante. Dans un autre collège, le directeur de l'ARACT du siège partage sa participation avec le directeur de l'autre grande région de l'interrégion. Enfin, dans le dernier cas, le réseau ARACT est toujours représenté par le titulaire ou le suppléant appartenant à l'ARACT du siège du collège.

Le représentant de l'OPPBTP est le titulaire unique pour l'ensemble des collèges. Ce choix de l'OPPBTP est utile au collège, puisque son représentant peut témoigner des pratiques des quatre autres collèges. Cependant il est souvent remplacé par un premier suppléant et le cas échéant un second suppléant.

Les réunions sont présidées à tour de rôle par l'un des représentants des trois institutions ou uniquement par la CRAM selon les collèges.

Le **secrétariat** du collège a nécessité l'affectation de moyens en personnel qui repose sur les CRAM.

Pour un collège, il s'agit de l'affectation d'une assistante de direction pratiquement à temps plein (80%). Cependant la charge de travail est actuellement décroissante compte tenu du nombre de dossiers présentés, lui aussi décroissant.

Dans un autre cas, le collège occupe le tiers du temps de l'ingénieur conseil de la CRAM qui en a la charge (55% en 2005) et un mi-temps de secrétariat. il persiste un flux de demandes d'habilitation qui nécessite une périodicité mensuelle de réunion du collège. Le collège se réunit tous les mois sauf l'été.

Le secrétariat d'un autre collège (réception des dossiers, préparation des réunions, suivi des habilitations, mise à jour des listes IPRP, ...) occupe un mi temps de secrétariat pris en charge par une rédactrice technique de la CRAM présente aux réunions du collège. Chacun des représentants des trois organismes estime le temps consacré au collège à environ deux jours par mois comprenant l'étude des demandes d'habilitation préalable aux réunions et leur présence à celles-ci, les réponses apportées aux sollicitations des personnes souhaitant des informations sur la

procédure d'habilitation. Le collège se réunit tous les deux mois environ deux heures.

Les **relations** entre les représentants des trois institutions sont bonnes. Le travail effectué au sein des collèges a permis aux trois institutions de mieux se connaître et d'opérer certaines convergences d'approche sur la prévention des risques professionnels. Le partenariat antérieur entre ARACT et la CRAM a été jugé trop précieux pour que les débats sur la question des habilitations puissent en altérer la nature. De ce fait, les institutions se sont mises d'accord pour une lecture la plus proche des textes des conditions d'habilitations et éviter ainsi toute « querelle de clochers » portant par exemple sur la définition des domaines. D'un commun accord, les membres d'un autre collège ont également décidé « de ne pas dégrader leurs relations » en raison des difficultés qui naîtraient de l'application de cette réglementation. Les membres du collège veulent rester pragmatiques et mener leur mission en accord avec les textes même s'ils n'en n'approuvent pas tous les points, notamment en ce qui concerne les critères d'habilitation qu'ils jugent insuffisants pour justifier d'une réelle expérience.

Les collèges ont fait des choix différents pour l'établissement et la diffusion **des bilans d'activité**.

Il n'existe pas de forme définie. Dans un cas, le bilan présente de manière factuelle le fonctionnement du collège (membres, dates des réunions, nombre de dossiers examinés et avis formulés) ainsi que la liste des personnes physiques et morales habilitées. Dans un autre, il présente également de manière factuelle le fonctionnement du collège (membres, dates des réunions, nombre de dossiers reçus par institution, examinés ainsi que les habilitations délivrées par séance) puis de manière agrégée les habilitations accordées par région, par domaine de compétence, par profil de candidat (selon la nature de leur employeur et selon leur activité principale pour les personnes physiques). Il détaille également les recours et développe les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration. Si le bilan 2004 d'un autre collège tenait sur une page, celui de 2006 est plus détaillé. Il présente un bilan des habilitations (nombre de dossiers présentés, habilités, refusés, ajournés), la répartition des demandes entre les trois institutions, la répartition des habilitations par région, domaine de compétence et statut des demandeurs (PP ou PM), le détail des recours amiable et devant le tribunal administratif, les difficultés rencontrées.

Dans un cas, le bilan d'activité est rédigé en commun par les trois institutions. Dans un autre, il est rédigé par le secrétariat du collège puis validé par les deux autres institutions.

Dans un cas, il est remis chaque année aux DRTEFP concernées et aux ORST de l'inter-région. Dans un autre, le secrétariat du collège transmet le rapport à la CNAMTS, la DRTEFP et à l'ORST de la région du siège, ainsi qu'aux CRAM de son périmètre de compétence, à charge pour ces dernières de diffuser le bilan aux DRTEFP et aux ORST concernés. Le collège ne sait pas si ce document est effectivement diffusé à ces organismes. L'ARACT transmet le bilan à l'ANACT à charge pour lui d'assurer la rediffusion aux ARACT concernés. L'OPPBTB transmet au niveau national qui diffuse en région.

Quels sont les problèmes et les difficultés évoqués ?

Les CRAM soulignent le temps important consacré à cette mission, même si la période de démarrage est passée. Une CRAM fait remarquer que le travail fourni par l'institution pour l'habilitation « IPRP » n'est pas officiellement reconnu et que cette prise en charge se fait à moyen constant dans un contexte de renouvellement des effectifs assuré à hauteur des 2/3 pour le personnel administratif. Cette préoccupation est partagée par les autres collèges.

Les informations dont disposent les DRTEFP semblent différentes selon que la DRTEFP est ou n'est pas dans la même région que le collège interrégional. Une DRTEFP dispose de la liste des habilités IPRP dans la région, liste fournie par le collège et fait figure de bilan d'activité. Dès 2004, une autre DRTEFP a pris la décision de mettre sur son site les références des IPRP en créant un lien avec le site de la CRAM. Les DRTEFP connaissent souvent mal l'action des collèges. Une DRTEFP précise qu'elle n'a pas non plus été saisie de dysfonctionnements qui concerneraient cette instance. Alors que précédemment toutes les DRTEFP rencontrées ne disposaient pas des rapports annuels, il semble que « la mission IGAS » portant sur la réforme de la médecine du travail leur a permis de les obtenir de manière officielle. On peut s'interroger sur la diffusion des rapports dans les autres régions.

4.4. Une procédure administrative d'habilitation par délégation de l'Etat

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

La procédure d'habilitation est précisée à l'article R.241-1-5 du code du travail.

La demande d'habilitation est adressée en trois exemplaires sous pli recommandé à l'un des trois organismes du lieu où le candidat a son siège où exerce son activité principale. La circulaire du 13 janvier 2004 précise que cette règle a pour but d'empêcher qu'une même demande soit déposée simultanément auprès de plusieurs collèges. De même il ne peut être déposé plus d'un dossier par an.

La circulaire du 13 janvier 2004 indique également que l'organisme récepteur de la demande - après s'être assuré que le dossier est complet- transmet un exemplaire à chacun des autres membres du collège. La circulaire du 20 juin 2005 ajoute que si le dossier est incomplet, l'organisme récepteur dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître au demandeur les informations manquantes.

La demande ne peut être examinée que si elle est accompagnée d'un **dossier justificatif**, mais le dossier est réputé complet si l'organisme ayant reçu la demande n'a pas fait connaître par lettre recommandée avec AR au demandeur dans un délai d'un mois à compter de sa réception, les informations manquantes ou incomplètes.

Un **modèle de dossier justificatif** est fixé en annexe à l'arrêté du 24 décembre 2003. En vertu de ce texte, il comprend obligatoirement :

- une déclaration d'intérêt garantissant leur indépendance
 - une lettre de motivation
 - la photocopie des titres et diplômes ainsi que le cas échéant, toute référence ou tout document témoignant d'une expérience professionnelle dans les domaines de la prévention
-

des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail pour les personnes physiques

- une fiche descriptive de leurs ressources humaine set techniques consacrées à la santé et à la sécurité au travail.

Le collège doit notifier sa décision au demandeur dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le dossier est réputé complet. Par contre, **l'absence de réponse vaut rejet de la demande.**

Le décret a prévu une première phase transitoire de 12 mois où le collège disposait de 6 mois pour se prononcer (soit jusqu'au 27 juin 2004).

Quelles sont les pratiques constatées ?

Les demandes sont **majoritairement transmises aux CRAM**. Par exemple, à la fin 2006, 84,5% des demandes aux CRAM, pour 13% aux ARACTs et 2% à l'OPPBTP selon les constatations d'un collège.

Cela s'explique notamment par le fait que la procédure d'habilitation figure sur le site internet des CRAM, avec un dossier type.

Chaque secrétariat a mis au point son propre **mode de traitement des demandes d'habilitation** qui peuvent être déposées dans n'importe quelle délégation régionale des institutions participant à l'habilitation.

Dans un collège, l'organisme récepteur examine le dossier reçu et valide qu'il contient les pièces administratives minimum requises, dans un délai d'un mois. Une fois ces informations recueillies, le dossier est envoyé au secrétariat du collège et traité selon les règles fixées dans un règlement intérieur du collège (proposé au niveau national et validé au niveau du collège). Le secrétariat du collège adresse au demandeur un questionnaire complémentaire le cas échéant (mis en place au niveau national). En cas de besoin de renseignements complémentaires, le délai de traitement est suspendu jusqu'à l'apport de précisions par le demandeur.

Il arrive mais de plus en plus rarement que la demande soit adressée directement au secrétariat du collège. Dans ce cas, ce dernier renvoie le dossier à la CRAM compétente.

Dans un autre collège, l'institution qui reçoit le dossier est sensée vérifier que le dossier est complet avant de l'envoyer au secrétariat du collège. Les dossiers adressés directement à la CRAM de la région siège par des demandeurs non domiciliés dans cette région sont acceptés. Plutôt que de retourner le dossier à la CRAM correspondante, ce qui prendrait du temps, le secrétariat adresse un mail à l'ingénieur pour l'informer du dépôt du dossier et lui demander son avis sur celui-ci. La plupart du temps les CRAM complètent le dossier par un avis.

Lorsque les institutions reçoivent une demande, ils adressent un courrier au demandeur stipulant que le dossier est envoyé au secrétariat du collège. A la réception du dossier, le secrétariat du collège adresse un accusé de réception aux demandeurs par lettre recommandée aux frais de la CRAM Aquitaine. Le délai entre la réception du dossier par le secrétariat du collège et la réponse au demandeur ne dépasse jamais deux mois.

Chaque secrétariat a mis au point son propre **processus d'instruction des demandes** en vue de la prise de décision.

Dans un cas, le secrétariat du collège participe activement à la procédure. Il élabore notamment une fiche de synthèse à partir des éléments du dossier. Outre l'identification du demandeur, cette fiche (individuelle ou personne morale) synthétise sur une seule page les informations correspondant aux critères d'habilitation. Le secrétariat mentionne son avis sur la candidature : favorable, défavorable ou réservé. Cet avis ne sera pas contredit par le collège dans une très grosse majorité des cas. Ce document conçu par le secrétariat facilite la tâche du collège. Sans ce document et le travail de classement et de pagination du dossier, il aurait été impossible de traiter en une seule journée l'ensemble des dossiers reçus dans les premiers temps de la procédure d'habilitation.

Dans un autre, pour chaque dossier reçu, le secrétariat du collège élabore une fiche de synthèse à partir des éléments du dossier. Cette fiche comprend le statut du demandeur (PM ou PP), son identification et les critères d'habilitation. Le secrétariat mentionne son avis (habilitation, sursis à statuer, refusé). Les fiches et les dossiers des demandeurs sont adressés par le secrétariat du collège aux représentants des institutions ARACT et OPPBTP 15 jours avant la réunion.

Lors de la réunion du collège, un avis est donné à partir de la fiche. Dans la plupart des cas, l'avis donné par le secrétariat du collège est suivi. Cette façon de procéder facilite la tâche du collège et permet de traiter les dossiers dans un temps réduit. Lorsqu'il y a désaccord entre les parties, le dossier du demandeur est étudié collégalement.

Le principe est la **motivation des décisions de refus**.

Des collègues ont élaboré une bibliothèque de décisions. C'est en cas de réponse négative, que la décision du collège est motivée comme le demande la DGT. Le principe est d'indiquer le motif principal du refus sans pour autant donner une argumentation détaillée qui serait sujette à discussion.

Dans un collège, sur l'ensemble des dossiers traités (342 candidats au 30/05/07), le nombre de contestation reste marginal : 16 recours gracieux (réexamen du dossier) et un recours contentieux au Tribunal Administratif (cas d'un institut de santé au travail).

Dans un autre, sur l'ensemble des dossiers traités (554 candidats au 31/12/06, 386 habilités, 36 refus et un solde de dossiers ajournés en attente de précisions), le nombre de contestations est également faible : 12 recours gracieux (réexamen du dossier) dont 9 ayant fait l'objet d'une acceptation et 3 d'un maintien de refus et un recours contentieux au Tribunal Administratif (cas d'un kinésithérapeute ayant demandé une habilitation au titre du domaine médical).

Dans un 3^{ème}, la plupart des contestations sont traitées à l'amiable avec réexamen du dossier complété des pièces ajoutées par le demandeur.

Le faible nombre de refus résulte des marges de manœuvre limitées des collèges du fait des critères d'habilitation définis par le Ministère.

Quels sont les problèmes et les difficultés évoqués ?

Un collège constate que les informations sur le demandeur obtenues auprès des institutions sont souvent succinctes quand elles ne sont pas nulles. La CRAM dispose souvent des informations sur l'entreprise, mais pas nécessairement sur l'intervenant demandeur. Le risque est d'ailleurs de confondre les deux (confondre par exemple l'action d'un intervenant et les résultats d'une entreprise en matière de prévention des risques). Dans 80% des cas, l'ARACT ne connaît pas le demandeur. Cependant lorsqu'elle le connaît, elle est souvent capable de fournir un avis assez fourni sur les qualités du demandeur. Du fait de sa spécialisation professionnelle, l'OPPBTB connaît rarement le demandeur.

Un autre collège regrette que le contentieux ne soit pas pris en charge par la DGT alors que la décision d'habilitation du collège est prise au nom de l'Etat. Lors d'un contentieux devant le tribunal administratif, c'est la CRAM qui a rédigé le mémoire en défense. Le tribunal administratif a débouté le demandeur mais a demandé que le dossier soit représenté au collège. Ce dernier a maintenu sa décision de refus, en s'appuyant sur la circulaire du 20 juin 2005.

Un autre collège note que lorsqu'il y a contentieux, la CRAM en informe la DGT mais « qu'il n'a pas de retour ». Concernant une infirmière dont le collège avait refusé l'habilitation, le tribunal administratif a débouté le demandeur mais a demandé que le dossier soit représenté au collège. Ce dernier, en l'absence d'avis de la DGT, a maintenu sa décision de refus.

Les membres des collèges au vu de leur expérience devant les tribunaux administratifs considèrent que **la situation actuelle est floue, avec un transfert de responsabilité sans définition claire des relations entre les acteurs qui les met en situation délicate devant le juge.**

Ils constatent également que les marges de manœuvre pour un refus sur le fond sont très faibles, compte tenu des textes en vigueur.

D'un autre côté, les représentants d'une DRTEFP s'interrogent sur la cohérence des dispositifs qui lui paraît discutable. Pourquoi la DRTEFP qui est chargée de l'agrément des SST ne participe pas à l'habilitation des IPRP personnes morales et personnes physiques ?

4.5. Des critères de qualification qui lient largement la décision des habilitateurs, sauf à aller au-delà des textes

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

La circulaire du 13 janvier 2004 rappelle que **la fixation de critères d'habilitation communs** à l'ensemble des collèges régionaux répond à une double préoccupation,

- garantir la qualité des interventions en pluridisciplinarité,
 - respecter l'égalité de traitement entre les candidatures.
-

Mais elle ajoute que les collèges sont souverains sous le contrôle des juridictions administratives et que ces critères constituent un socle minimal commun, que les collèges doivent utiliser comme base de référence, sans s'interdire de les compléter en raison de circonstances particulières.

Le décret du 24 juin 2003 (article R 241-1-4) précise que l'habilitation est accordée en fonction :

- a - des **garanties d'indépendance** des candidats,
- b - des **garanties de compétence** des candidats,
- c - ou de l'**expérience acquise** dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail,
- d - des **moyens** dont il dispose pour exécuter les missions pour lesquelles il est habilité.

La circulaire du 20 juin 2005 précise que les critères de qualification (titres et diplômes) et d'expérience professionnelle sont alternatifs, et ne sont donc pas cumulatifs. Elle ajoute que de ce fait, **une personne nouvellement diplômée, sans expérience professionnelle, peut bénéficier de l'habilitation.**

Un candidat peut cependant **combiner le cas échéant diplôme et expérience professionnelle** pour demander son habilitation.

L'arrêté du 24 décembre 2003 prévoit que le collège prend en compte :

a) l'**indépendance** du demandeur appréciée au moyen d'une **déclaration d'intérêt** produite par ce dernier. La circulaire du 13 janvier 2004 en précise le contenu. Elle rappelle que le demandeur doit porter à la connaissance du collège tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité qu'il doit faire dans l'exercice de ses fonctions et ajoute que le lien de subordination du contrat de travail ne doit pas faire obstacle au libre exercice de sa mission.

b) les **compétences professionnelles** au vu de ses titres et diplômes :

les **diplômes requis** sont soit :

- un diplôme sanctionnant deux ans d'études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail (exemple cité par la circulaire : DUT en hygiène du travail),
- un diplôme sanctionnant trois ans d'études supérieures dans un domaine scientifique. (exemple cité par la circulaire : titre d'ingénieur acquis en 5 ans),
- un diplôme sanctionnant trois ans d'études supérieures dans une matière relevant des sciences humaines et liée au travail (exemple cité par la circulaire licence de sociologie ou de psychologie).

La circulaire du 20 juin 2005 confirme la **compétence liée** des habilitateurs concernant les titres et diplômes. Ainsi un diplôme d'ingénieur dans quelque domaine que ce soit suffit pour obtenir l'habilitation. Ainsi les habilitateurs doivent seulement vérifier que le diplôme sanctionnant deux ans d'études supérieures couvre bien le champ des domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail. Ainsi les habilitateurs doivent seulement vérifier que le diplôme sanctionnant trois ans d'études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et liée au travail peut servir et être utile à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

c) les **compétences professionnelles** au vu de l'expérience professionnelle du candidat dans ces domaines.

L'expérience acquise doit, selon l'arrêté, ne pas être inférieure à trois ans et pas inférieure à 8 ans pour les demandeurs sollicitant leur habilitation au titre de l'expérience acquise comme membre d'une instance représentative spécialisée en matière de santé et de sécurité du travail (CHSCT, CTR, ORST). La circulaire du 20 juin 2005 précise que l'incompatibilité entre un mandat électif au sein d'une telle instance, n'impose pas au candidat à l'habilitation de démissionner préalablement de son mandat. Ce n'est qu'une fois habilitée, que la personne devra démissionner du moins si elle souhaite exercer en tant qu'IPRP.

La circulaire du 13 janvier 2004 précise que cette expérience professionnelle doit avoir été acquise dans le domaine de la prévention et de l'amélioration des conditions de travail, La circulaire du 20 juin 2005 précise que dans ce domaine, les collèges bénéficient d'une importante marge de manœuvre et que les textes s'appuient volontairement sur l'expertise des membres des collèges et leur confèrent en l'espèce toute liberté d'appréciation.

La circulaire du 13 janvier 2004 précise qu'un éventuel refus d'habilitation ne pourrait en tout état de cause, avoir, pour les personnes qui exercent déjà une mission de santé ou de sécurité au travail au sein d'une entreprise ou d'un SST, de conséquence directe sur le contrat de travail, ni constituer un motif de licenciement.

La circulaire du 20 juin 2005 comble un vide concernant **les critères d'habilitation des personnes morales**.

Elle indique que l'habilitation n'est possible que si les personnes physiques qui la composent — et qui sont appelées à intervenir dans le cadre de la pluridisciplinarité — ont les compétences requises. C'est à l'aide des fiches descriptives des ressources humaines et techniques consacrées à la santé et la sécurité du travail, que le collège se prononce. Si la personne morale n'est pas tenue de fournir toutes les fiches de postes ou d'activité, elle doit en revanche cibler précisément ceux des postes ou celles de ces activités qui seront consacrées à l'intervention pluridisciplinaire.

Elle exclut l'habilitation des SST autonomes comme n'ayant pas la personnalité morale et recommande également de ne pas habilitier les SST interentreprises.

En revanche, elle autorise l'habilitation des GIE en tant que personne morale, à condition qu'ils respectent les missions exclusives des SST (pratiques d'actes relevant de la seule médecine du travail), le collège étant autorisé à demander communication des statuts (contrat constitutif du GIE).

Concernant les organismes de formation, elle autorise leur habilitation à condition qu'ils apportent une réelle « plus-value » en terme de conseil ou d'ingénierie.

La circulaire du 20 juin 2005 précise également les règles applicables en cas de dépôt d'une demande au titre des deux catégories — personne morale et personne physique. Elle recommande de n'habilitier dans ce cas qu'au titre de la personne morale, cette habilitation ayant une durée limitée de 5 ans.

Quelles sont les pratiques constatées ?

Les collèges ont chacun leur propre appréciation ce qui a pour conséquence une rigueur variable pour l'attribution des habilitations. Le nombre des habilités s'en ressent d'une inter-région à l'autre.

L'habilitation des personnes physiques

Un collège apprécie d'abord la capacité démontrée et l'autonomie du demandeur. La capacité démontrée s'apprécie à travers l'expérience - la pratique en tant qu'intervenant sur le champ sécurité et santé au travail - et/ou la formation.

Pour apprécier l'autonomie du demandeur, les membres du collège essayent de projeter le demandeur au dehors de la structure dans laquelle il exerce son activité aujourd'hui. Autrement dit, la question est : quelle serait la capacité d'action du demandeur s'il quittait le service ou l'entreprise dans laquelle il travaille. La réponse n'est cependant pas toujours évidente à obtenir à partir des informations disponibles dans le dossier. Il s'agit d'ailleurs d'une des difficultés de l'habilitation des personnes physiques ne travaillant pas de manière indépendante. Les expériences relatées par le demandeur sont-elles ses propres expériences ou celles du service ou de la structure qui l'emploie ?

En ce qui concerne le **critère d'indépendance**, hormis les cas où le mandat du demandeur (secrétaire de CHSCT par exemple) serait incompatible à la fonction d'IPRP, le collège se limite à enregistrer la déclaration sur l'honneur du demandeur.

La règle adoptée par un autre collège est de s'en tenir aux textes à savoir que si le demandeur atteste de 3 ans d'expérience ou détient les diplômes prévus par les textes, il est habilité. Le collège apprécie sur pièces et n'engage pas de mesures complémentaires d'investigation (pas d'entretien avec le demandeur par exemple, ni vérification auprès des personnes ayant fourni des attestations). En cas de doute ou d'imprécision concernant les pièces présentées, il arrive que le secrétariat du collège contacte l'institution qui a transmis le dossier pour avoir des précisions concernant le demandeur.

Les BTS hygiène et sécurité en formation continue donnent droit à habilitation.

Les infirmiers(ères) diplômé(e)s d'Etat (IDE) titulaires d'un DIUST sont habilité(e)s, car leur formation a bien concerné la prévention des risques professionnels.

Pour celles qui ne disposent pas du DIUST, et conformément à la circulaire de 2005, elles doivent justifier d'un autre diplôme ou d'une expérience touchant à la santé au travail en plus de son rôle d'appui au médecin du travail.

Le collège a aussi refusé les diplômes de psychologie clinique, de sociologie, de DEA des sciences de la terre, la preuve de l'utilité pour la prévention n'étant pas apportée.

Il a par contre accepté un juriste titulaire d'un DEA spécialisé dans le droit de la santé et de la sécurité, travaillant en soutien d'un médecin du travail dans un SST.

Souvent les demandeurs additionnent diplômes et expérience. Seuls les jeunes demandeurs, souvent titulaires d'un diplôme portant sur l'hygiène et la sécurité, ne font pas état d'une expérience professionnelle.

Concernant l'**expérience professionnelle**, ce collège apprécie au cas par cas compte tenu de la diversité des cas de figure rencontrés, sans utiliser une grille de critères précis. Il précise que la politique conduite par le collège est de s'en tenir au texte même s'il est peu sélectif.

Le collège demande de démontrer une activité en matière de prévention au vu de tout élément de preuve. Ainsi une attestation de l'employeur, un certificat de travail

précisant qu'un salarié fait de la métrologie depuis plus de 3 ans sont suffisants. C'est le cas par exemple d'une secrétaire médicale.

Comme le précédent collège, un autre collège s'en tient aux critères définis par le Ministère. Si le candidat détient un diplôme correspondant à ceux précisés dans le texte ou s'il atteste de 3 ans d'expérience dans le domaine de la prévention des risques professionnels, le collège habilite. Le collège apprécie sur pièces et n'engage pas de mesures complémentaires d'investigation.

Les demandes d'habilitation au titre de **l'expérience en CHSCT ou en CTR** sont peu nombreuses.

Dans un collège, seuls deux membres de CHSCT ont été habilités à ce titre et un seul membre de CTR.

Un autre collège n'a pas eu de demande d'habilitation au seul titre d'une longue expérience dans le cadre du CHSCT. Les personnes qui font part d'un mandat de ce type présentent également une expérience ou une compétence avérée en matière de santé au travail ou de prévention des risques professionnels.

L'habilitation des personnes qui font valoir une expérience de membre de CHSCT ou CTR est étudiée dans le respect de la circulaire d'application, à savoir les 8 années d'exercice, sachant qu'en pratique tout dépend de l'implication du demandeur dans ces instances et des projets menés à cette occasion.

L'habilitation des personnes morales

L'appréciation des demandes d'habilitation en tant que personne morale s'effectue à partir de l'analyse des ressources de la structure. Un collège essaye d'apprécier s'il ne s'agit pas d'une "coquille vide". La présence au sein de la structure de personnes physiques habilitées IPRP est le gage d'une capacité réelle d'intervention. Le cas de contentieux évoqué précédemment concernait une structure sans ressources réelles. Le champ d'intervention principal de la structure est également pris en compte.

Les collèges ne délivrent pas d'habilitation personne morale aux Services Santé au Travail, mais l'accordent aux G.I.E. qui mutualisent les ressources IPRP des SST.

Quels sont les problèmes et les difficultés évoqués ?

Un collège évoque la réunion nationale organisée par la DGT avec les membres des différents collèges, en février 2005. La réunion à laquelle a participé le directeur général du travail a abouti à la circulaire de 2005, mais sans répondre pleinement aux demandes des collègues, concernant les critères d'habilitation.

L'habilitation des personnes physiques

Les points critiques évoqués par les collèges concernent en particulier, l'habilitation automatique sur titre, le cas des **infirmières et des secrétaires médicales** avec expérience professionnelle.

L'habilitation des infirmières au titre de leur expérience pose parfois problème, notamment lorsque le dossier ne démontre pas la capacité de la personne à exercer autrement que comme accompagnatrice du médecin du travail. De même, lorsque le dossier ne présente que des relevés de mesures le collège est sceptique mais habilite tout de même au motif qu'il n'a pas les moyens de refuser. Il en est de même des secrétaires médicales qui accompagnent le médecin du travail.

Alors que la circulaire indique que le collège bénéficie d'une importante marge de manœuvre quant à l'appréciation de **l'expérience professionnelle**, un collège considère cependant que **la justification juridique des refus limite considérablement les possibilités de refus** dès lors que des pièces administratives sont produites au dossier et répondent aux critères d'habilitation réglementaires très larges.

Sur la question de la **formation et du diplôme**, un collège est critique sur la position prise par le ministère. La circulaire d'application indique clairement qu'une personne possédant un diplôme de 3^{ème} cycle ne peut se voir refuser sa demande d'habilitation, quel que soit le domaine de la formation et quelle que soit l'expérience — l'inexpérience — du demandeur. Cette position ne correspond pas au critère de capacité démontrée, critère appliqué aux demandeurs non titulaires d'un 3^{ème} cycle.

Le collège applique cette directive, mais sans approuver son fondement. A l'inverse, certaines autres directives sont trop floues. Par exemple, « les infirmières peuvent être habilitées ». La nécessité d'un cadre clair n'est pas contestée — il est même souhaité —, c'est plutôt la cohérence d'ensemble des directives qui peut être sujette à discussion.

De ce point de vue, ceci étant valable sur d'autres points, un collège regrette que bien qu'il soit a priori souverain dans ses décisions, les directives de la circulaire brident totalement sa liberté d'action.

Les membres d'un autre collège notent également le caractère extensif des conditions d'habilitation par les diplômes qui conduit à habiliter dans de nombreux cas. Un titre d'ingénieur comme l'indique la circulaire est suffisant pour que le collège habilite, même si le diplôme ne concerne absolument pas la prévention.

Une des difficultés rencontrées est que les intitulés des **diplômes** sont de plus en plus variés et qu'ils ne précisent pas toujours le niveau obtenu (DEUG, Licence,...). De ce fait, le collège est parfois amené à demander que le dossier comprenne le programme de formation et/ou l'attestation de niveau reconnu par la commission des titres.

Les membres d'un autre collège notent que la profusion des diplômes et leur appellation variée rend la tâche difficile. De manière empirique, ils se sont constitués une grille leur permettant de repérer les diplômes correspondant aux critères d'habilitation. Parmi les diplômes, ce sont les DU qui posent le plus problème car ceux ci ne sont reconnus qu'au niveau local. Par ailleurs, le niveau auquel ils correspondent n'est pas toujours précisé.

Les membres du collège trouvent que des dossiers sont parfois « très limites » mais au motif que les personnes présentent les critères demandés en ce qui concerne le diplôme, l'habilitation ne peut leur être refusée quand bien même l'expérience est nulle. Pour au moins 90 % des dossiers, la présence d'un diplôme correspondant à ceux définis par les textes suffit à habiliter.

La **notion d'indépendance** est du point de vue du collège toute relative. Quelle est l'indépendance d'un IPRP interne salarié et donc « subordonné » à l'employeur ? Quelle est l'indépendance d'un IPRP consultant par rapport au client qui le rémunère ? Il serait donc difficile d'apprécier a priori l'indépendance du demandeur.

La CRAM déplore tout particulièrement le fait qu'elle peut se trouver en porte à faux en habilitant des IPRP dont les dossiers sont recevables administrativement mais dont les méthodes (en particulier en métrologie) sont jugées contestables par ses propres services (laboratoires de la CRAM).

Le cas des vérificateurs techniques et des infirmières (dont on peut se demander si le diplôme ne suffit pas en tant que tel) devrait être clarifié selon les membres du collège : est-ce une mission IPRP ?

L'habilitation des personnes morales

Un collège constate que quelques cabinets RH ont déposé des demandes d'habilitation sans faire valoir d'orientation claire sur le champ de la prévention des risques professionnels, alors qu'à l'inverse, certains « gros » cabinets intervenant sur le champ de la prévention des risques professionnels n'ont pas sollicité l'habilitation.

Un autre a habilité en 2004 un laboratoire universitaire. Or il s'est avéré qu'il ne possédait pas de personnalité morale, étant partie prenante du centre hospitalier. Le dossier sera régularisé à l'issue de la période d'habilitation de 5 ans.

4.6. La portée de l'habilitation à la fois complexe et extensive

4.6.1. La portée rationae materiae

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

L'habilitation est donnée au titre de l'une ou l'autre des trois compétences de manière alternative ou cumulative

L'arrêté du 24 décembre 2003 précise que l'habilitation est donnée au titre des compétences médicales, techniques ou organisationnelles au vu de la demande.

La circulaire du 13 janvier 2004 précise que l'habilitation délivrée sur la base de ces critères l'est au titre **de l'une ou plusieurs** des compétences, médicale, technique, organisationnelle. Elle ajoute qu'elle ne peut être délivrée selon une nomenclature plus fine, par spécialité professionnelle, compte tenu de la très importante hétérogénéité situations et des difficultés que ne manquerait pas de faire naître une telle spécialisation, en terme de transparence et de contrôle.

La circulaire précise enfin que la notification de l'habilitation sur telle ou telle compétence peut cependant faire mention **du ou des domaines** avancés par le candidat dans sa demande.

La circulaire distingue donc d'une coté les compétences médicale, technique et organisationnelle et de l'autre les domaines exercés au sein de cette compétence.

La circulaire du 20 juin 2005 précise que la compétence des collèges pour délivrer les habilitations porte tout autant sur le domaine médical que sur les autres domaines, et que les

habilitations à caractère médical visent toutes les spécialités médicales – en dehors de la médecine du travail- susceptibles de concourir à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail.

Elle ajoute que seuls les titulaires d'un titre de docteur en médecine peuvent y prétendre et que de leur côté, les médecins du travail, le personnel infirmier et les secrétaires médicales peuvent être habilités au titre des compétences techniques et organisationnelles mais pas au titre des compétences médicales.

La circulaire va, semble-t-il, plus loin que le décret en limitant l'habilitation aux titulaires du titre de docteur en médecine.

Les notions de compétence et de domaine sont utilisées alternativement ce qui peut induire de la confusion dans la doctrine adoptée par les collègues.

Quelles sont les pratiques constatées ?

Concernant la **compétence médicale**, un collègue ne donne pas d'habilitation sur le champ médical. Il ne se reconnaît pas compétent pour délivrer une habilitation sur ce champ. En fait, de son point de vue, seuls les médecins du travail sont habilités sur le champ médical et ils le sont d'office. Par contre, un médecin, qu'il soit médecin du travail, généraliste ou autre, peut demander une habilitation sur le champ technique et/ou organisationnel. Les 6 demandes examinées en 2006 par le collège ont été refusées, par exemple pour un kinésithérapeute.

Pour un autre collègue, sur 25 candidatures, un seul médecin psychiatre a été habilité dans le cadre de sa mission de suivi des salariés suite à des agressions à l'occasion du travail. Un kinésithérapeute a, par exemple, été refusé car non médecin (il a fait un recours contentieux qui a conduit au réexamen du dossier par le collège).

Des médecins du travail demandant à être habilités sur le champ médical ont été refusés. En revanche, le collège a accordé des habilitations à des médecins du travail au titre du domaine technique et/ou organisationnel, en rappelant qu'un médecin du travail ne saurait intervenir en tant qu'IPRP dans une entreprise dont il assure la fonction de médecin du travail. Mais, il peut en revanche seconder un de ses collègues.

L'habilitation au titre de la **compétence organisationnelle** pose la question de la notion d'organisation qui reste une notion relativement floue.

Sur ce point, un collègue apprécie la capacité à interroger l'organisation au sens large comme déterminant des situations à risque. Par exemple, lorsque le demandeur fait valoir une compétence en ergonomie, il s'agit d'apprécier le périmètre d'intervention de l'ergonome : s'il se concentre sur le poste de travail, il peut prétendre à une habilitation sur le champ technique ; s'il interroge plus largement l'amont et l'aval du poste et les déterminants organisationnels (autonomie ou interdépendance, flux tendu, ...), il peut prétendre à une habilitation technique et organisationnelle. Pour habiliter dans le domaine organisationnel, le collège interroge la capacité des personnes à appréhender une situation dans sa globalité.

L'habilitation sur la compétence **technique** est a priori moins problématique pour autant que l'on s'accorde sur le périmètre de la notion de « technique ». Au

démarrage, il y a eu des divergences au sein d'un collège sur la définition du champ « technique ». Certaines régions avaient une définition assez restrictive de cette notion, la limitant aux techniques des sciences dures ou des sciences de l'ingénieur, excluant donc les techniques des sciences sociales. Il a fallu, par exemple, se prononcer sur des demandes de sophrologues et de statisticiens. La doctrine établie par le collège n'est pas de limiter a priori les techniques « habilitables » mais de se prononcer en fonction de l'apport de cette technique à la prévention des risques professionnels.

Un autre collège constate que beaucoup de demande portent sur les deux champs. Il leur arrive de notifier une habilitation pour l'un et pas pour l'autre. Dans ce cas, le collège adresse une notification d'accord partiel. Pour les 381 habilitations accordées de 2004 à 2006, le collège n° 4 a habilité 332 fois au titre du domaine technique et 299 fois au titre du domaine organisationnel (au total 631 items techniques et organisationnels). Il a accordé **dans les 2 cas sur 3 la double habilitation**.

Quels sont les problèmes et les difficultés évoqués ?

L'intérêt de distinguer la compétence technique de la compétence organisationnelle n'est pas certain

La question est posée par les collègues qui s'interrogent sur le sens de cette distinction dans la pratique. La position des collègues est de constater que ces notions sont extrêmement floues et non opérantes. Ils s'interrogent sur l'intérêt de distinguer ces deux compétences d'autant qu'aucune définition claire n'est posée pour les différencier.

Un collège estime que le demandeur ne distingue pas nécessairement les deux. Il se place sur l'une des compétences, alors qu'on le situerait davantage sur l'autre à la lecture du CV ; ou bien, il se place sur les deux compétences, sans réclamer lorsqu'il n'obtient l'habilitation que sur une. La distinction entre les deux domaines ne semble pas claire non plus pour demandeurs. Un autre collège constate également que des personnes demandent une habilitation technique alors que leur présentation tendrait plutôt à une habilitation organisationnelle ou l'inverse. Ils constatent aussi que des personnes parmi celles qui n'ont demandé qu'une seule habilitation, font par la suite la demande de l'autre.

Un collègue s'interroge, d'autre part, sur quelle vérification est faite par la suite. Un IPRP habilité sur le champ technique s'interdit-il d'intervenir sur le champ organisationnel ? La motivation des demandeurs est davantage la reconnaissance que l'habilitation au sens strict. Cette demande de reconnaissance, selon lui, a une visée interne - valider un statut, une compétence vis-à-vis de l'employeur ou des collègues, l'habilitation s'apparente dans ce cas à une Validation des Acquis de l'Expérience, ou une visée externe commerciale : l'habilitation IPRP comme argument commercial.

Un autre collègue précise que les deux tiers des demandes sont faites de manière cumulative sur les deux compétences et également que les intervenants habilités dans un domaine ont pu intervenir dans un autre, quand les interventions touchent aux

frontières de l'organisationnel et du technique comme pour les ergonomes ou pour des préventeurs généralistes d'entreprise. De ce fait, le collège a une approche pragmatique avec une appréciation empirique au cas par cas.

La question de la compétence médicale

Les médecins du travail n'ont pas à être habilités sur le domaine médical. En revanche, ils peuvent l'être pour les domaines organisationnels ou techniques, s'ils ont développé une spécialité, en toxicologie par exemple. Il n'a pas été suffisamment clairement précisé selon l'un des collègues si à ce titre les médecins du travail peuvent intervenir dans les entreprises dont ils assurent le suivi.

Des collègues constatent que la position ministérielle concernant la compétence médicale (exclusivité pour les détenteurs du diplôme de docteur en médecine) est fragile en l'absence de texte réglementaire sur ce point.

4.6.2. La portée rationae loci

L'habilitation est **valable sur l'ensemble du territoire national**.

De ce fait, les différences de doctrine entre collègues sont de nature à induire une inégalité de traitement entre les candidats, selon le lieu où ils déposent leur demande.

4.7. Une durée de l'habilitation qui ne présage rien de bon pour l'avenir : une difficulté à suivre les habilités

La **durée de l'habilitation** n'est pas la même selon qu'elle est délivrée à une personne physique ou à une personne morale : dans le premier cas, elle est attribuée sans limitation de durée ; dans le second, elle est délivrée pour une période de cinq ans renouvelable.

Selon les pouvoirs publics, cette différence est justifiée par la nécessité d'assurer un contrôle régulier sur la structure de la personne morale, dont les ressources humaines et techniques peuvent varier au gré des mouvements de personnel et des évolutions de l'entreprise. Les personnes morales sont donc tenues, tous les cinq ans, de faire procéder au renouvellement de leur habilitation, en déposant une demande en ce sens auprès du collège compétent.

L'habilitation à vie rend le suivi des habilités personnes physiques difficile et la portée des listes tenues par les CRAM aléatoire, en l'absence d'obligation d'information sur les changements de situation. (voir § 4.2.1))

4.8. Une procédure de retrait d'habilitation aléatoire

L'analyse des textes et de la doctrine administrative

Le décret précise que le **retrait d'habilitation** peut être sollicité auprès du collège compétent, par l'employeur, le président du service de santé interentreprises, le CHSCT, le comité d'entreprise ou d'établissement, les organismes de contrôle ou le DRTEFP.

Le décret ajoute que le retrait est prononcé :

- après que la personne ou l'organisme concerné a été appelé à présenter ses observations
- lorsqu'il ne se conforme pas aux prescriptions légales
- ou lorsqu'il n'est plus en mesure d'assurer sa mission.

La circulaire du 14 janvier 2004 précise que la demande de retrait est obligatoirement motivée. La circulaire du 20 juin 2005 ajoute que la décision de retrait doit être prise après une procédure contradictoire est qu'elle peut faire l'objet d'un recours dans les mêmes termes et selon les mêmes conditions qu'une décision d'attribution.

Aucun retrait d'habilitation n'a été opéré à ce jour.

Les collègues s'interrogent sur la position qu'ils devraient adopter. Pourraient ils retirer l'habilitation si les conditions formelles d'habilitation initiales restent réunies? Un collègue considère qu'il faudrait qu'il soit saisi d'une faute suffisamment grave (mise en danger des salariés, par exemple).

Ils demandent que des critères de retrait soient clairement définis par les textes.

4.9. Une procédure de renouvellement de l'habilitation pour les personnes morales qui reste à définir

L'arrêté prévoit qu'en cas de demande de renouvellement la personne morale fournit un bilan d'activité.

Les premières habilitations d'IPRP personnes morales arriveront à échéances dès 2009. Les collègues constatent qu'aucune procédure n'est définie à ce jour et demandent que le Ministère se prononce.

Un collègue considère que le non renouvellement pourra être prononcé, par exemple, si la structure ne dispose plus des ressources grâce auxquelles elle avait obtenu l'habilitation.

Un autre se demande de son côté, si l'habilitation tombe d'elle-même au bout de 5 ans ou non et qui doit saisir le collègue. Il s'interroge également sur ses marges de manœuvre en vue d'un renouvellement d'habilitation (notamment en l'absence d'activité IPRP ou à la vue d'une activité contestable dans le domaine de la prévention).

Un autre collègue se demande si les IPRP doivent présenter un bilan des actions menées au titre de leur habilitation passée ou seulement un dossier comme à l'initial.

5. Les IPRP, une population hétérogène ?

La pluridisciplinarité qui vise, selon les pouvoirs publics, à rassembler tous les professionnels de la santé au travail et à renforcer la pertinence de leurs interventions, introduit dans un système déjà complexe un nouveau « sujet de droit », **l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP)**. Ce nouvel acteur de la prévention des risques participe dans un objectif exclusif de prévention à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail.

La circulaire du 20 juin 2005 définit l'IPRP comme « **une personne physique ou morale, dotée de compétences techniques, organisationnelles ou médicales (hors médecine du travail), et dont la mission consiste à participer à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, en complément de l'action conduite par le ou les médecins du travail.** ».

Pour satisfaire à l'obligation de pluridisciplinarité, le décret précise que le service de santé au travail fait appel aux compétences d'un intervenant en prévention des risques professionnels, en liaison avec les entreprises concernées qui est soit :

- a - une personne physique employée par l'entreprise et habilitée,
- b - une personne physique employée par le service de santé au travail et habilitée,

C'est la voie de **l'emploi direct** assurée soit par des salariés déjà employés soit à recruter qui doivent être dûment habilitée comme le précise la circulaire : « l'entreprise ou le service de santé interentreprises peut satisfaire à ses obligations en recrutant une personne physique en vue de lui confier une mission de sécurité et santé au travail, ou plus simplement en recourant à des salariés déjà présents dans l'entreprise ou le SST et qui exercent une mission de sécurité ou de santé au travail (au sein du service de sécurité de l'entreprise par exemple).

- c- une des trois institutions que sont les CRAM, l'OPPBTP ou les ARACTs,
- d- une personne physique extérieure habilitée
- e- un organisme extérieur habilité

La circulaire précise que les entreprises et les services de santé ont toute liberté pour faire appel à l'intervenant de leur choix, compte tenu de leurs besoins et de leurs attentes.

Cependant le décret (article R 241-1-1-1 I) précise que les entreprises quand elles ont le choix entre service interentreprises et service autonome⁵, ne peuvent faire appel à des compétences extérieures que si ses propres compétences sont insuffisantes.

La circulaire ajoute que l'entreprise (cas des SST autonome) n'est pas tenue pour satisfaire à l'obligation de pluridisciplinarité de faire habilitier tous ses salariés ou services.

La circulaire précise également que si tous les SST autonomes ou interentreprises sont concernés par l'obligation de pluridisciplinarité, cela n'interdit nullement que l'organisation interne de la pluridisciplinarité soit différente d'un service à l'autre. Elle ajoute qu'en l'absence de personnalité morale, ces services - qu'il s'agisse du service de santé lui-même, ou du service de sécurité ou de méthode- ne peuvent prétendre, en tant que tels, à l'habilitation, seules les personnes physiques composant ses services y ayant accès, sans qu'il soit également nécessaire de faire habilitier tous ces salariés.

La circulaire suggère que soient habilités quelques spécialistes couvrant les trois compétences médicales, techniques et organisationnelles et qu'il serait également de bonne

⁵ Il s'agit des entreprises dont le temps d'utilisation du médecin du travail est égal ou supérieur à 20heures et inférieur à 169 heures.(article R 241-1 et R 241-2)

administration d'habiliter le responsable de service s'il n'est pas médecin du travail en tant qu'IPRP.

L'arrêté du 24 décembre 2003 précise que la fonction d'IPRP est incompatible avec l'exercice d'un mandat électif au sein d'un CHSCT ou d'un CTR.

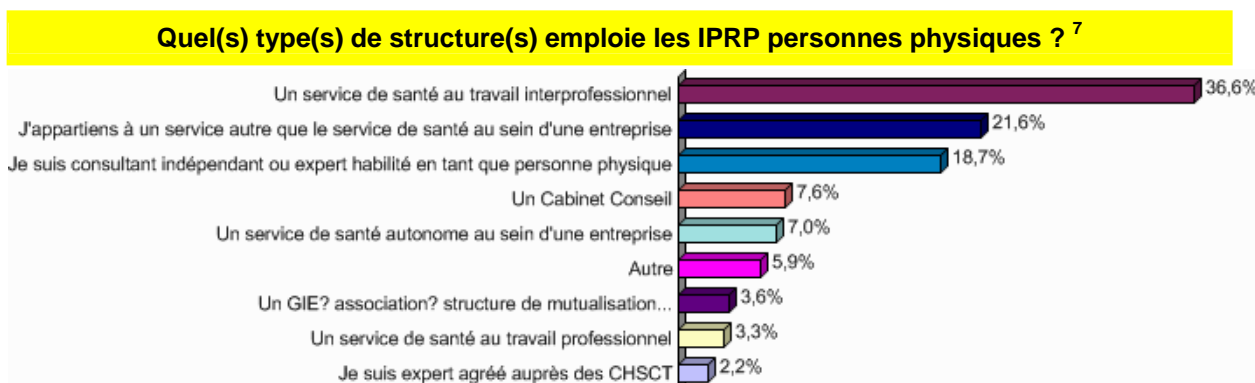
La circulaire du 20 juin 2005 indique enfin que la **mutualisation** sous la forme de groupements d'intérêt économique (GIE) ou sous forme d'associations qui se développe est pertinente, dès lors que l'objet de l'association ou du groupement ne porte pas atteinte aux missions exclusives dévolues, par le code du travail, aux SST.

5.1. Les caractéristiques générales des IPRP personnes physiques

5.1.1. Structures de rattachement

Selon les réponses aux questionnaires, on peut distinguer trois groupes principaux d'IPRP personnes physiques, parmi les 631 répondants ⁶ :

- les IPRP travaillant dans un **service de santé interprofessionnel**, représentant 36,6% des répondants ;
- les IPRP travaillant dans une **entreprise**, soit dans un service de santé autonome (7,0%), soit dans un autre service de l'entreprise (21,6%), correspondant à un total "IPRP d'entreprises" de 28,6% ;
- les consultants **indépendants et experts habilités** (18,7%), ou **cabinets conseil** (7,6%), pour un total de 26,3%



On remarquera que les IPRP employés par un GIE, une association ou une structure de mutualisation ne représentent que 3,6% des répondants, ce qui pourrait présager une faible orientation des SST vers la mutualisation des ressources.

Les IPRP agréés auprès de CHSCT sont aussi très peu nombreux (2,2%).

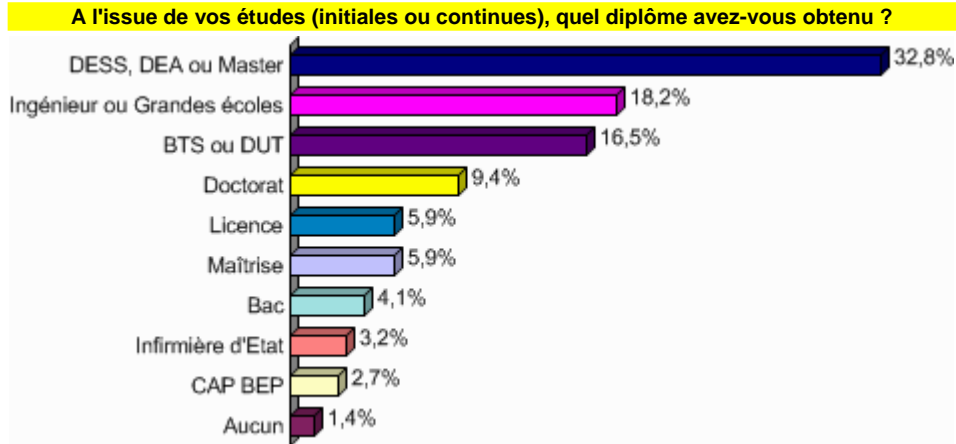
A noter cependant que dans leurs études, les résultats recueillis par les collègues 1⁸ et 4⁹ montrent une part plus importante d'IPRP personnes physiques salariés d'entreprise (57 % pour le collègue 1 et 45 % pour le collègue 4).

⁶ Se décomposant en 64% d'hommes, 36% de femmes, et 83% de salariés au total.

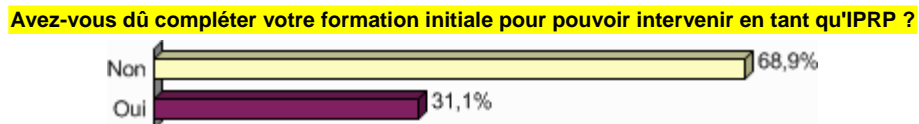
⁷ Plusieurs réponses étant possibles, le total est supérieur à 100%

5.1.2. Formation et titre

La grande majorité des IPRP personnes physiques qui ont répondu au questionnaire (91,9%) possède un diplôme de l'enseignement supérieur, marquant par là le fort potentiel de cette population :



Plus des deux tiers des IPRP le sont par diplôme initial :



Et à peine plus de la moitié des IPRP envisagent de compléter leur champ de compétence IPRP :

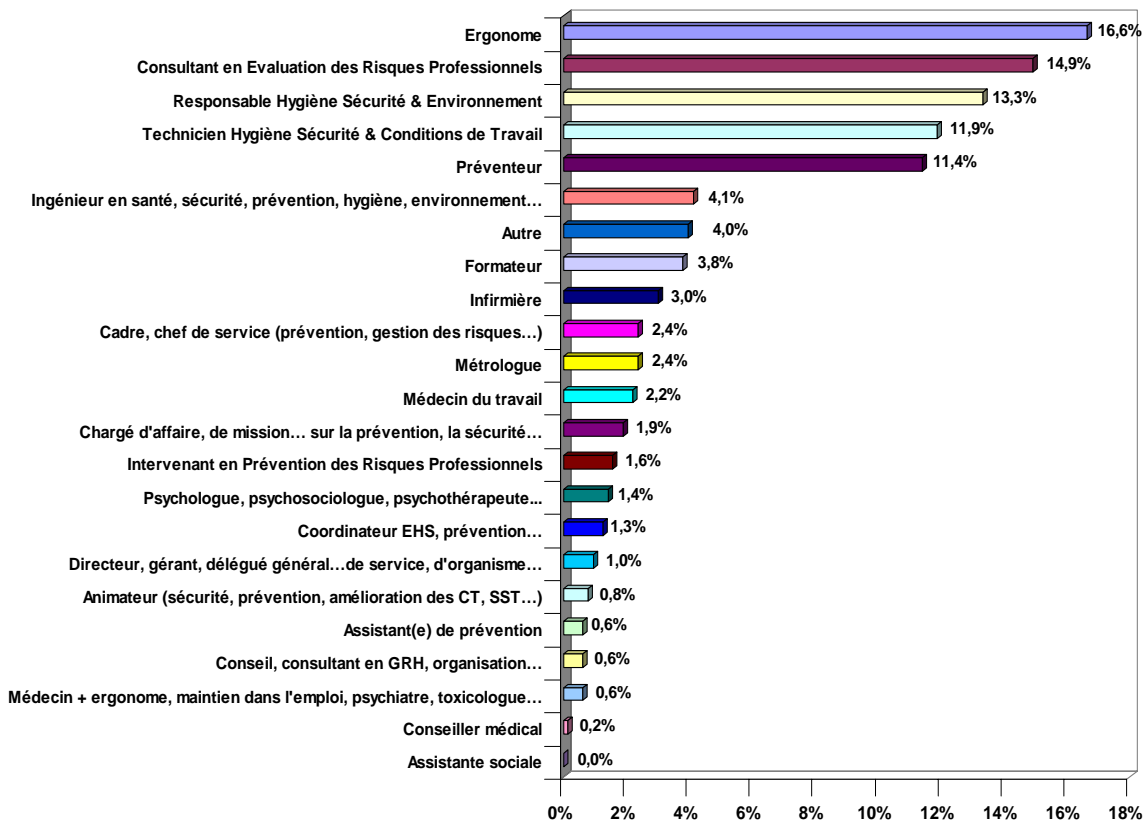


Les monographies d'entreprises réalisées dans le cadre de cette étude nous amènent cependant à nuancer les résultats du questionnaire sur la formation des IPRP. En effet, les médecins du travail ont mentionné à plusieurs reprises la présence au sein des services de santé au travail de pas ou peu diplômés devenus IPRP à la suite de la réforme de la médecine du travail. Certains de ces IPRP ont pour cela suivi une formation professionnalisante, le plus souvent en ergonomie ou en prévention des risques professionnels.

⁸ « La pluridisciplinarité, un an après », septembre 2005

⁹ Bilan de l'enquête réalisée auprès des IPRP habilités par le collège 4, juillet 2006

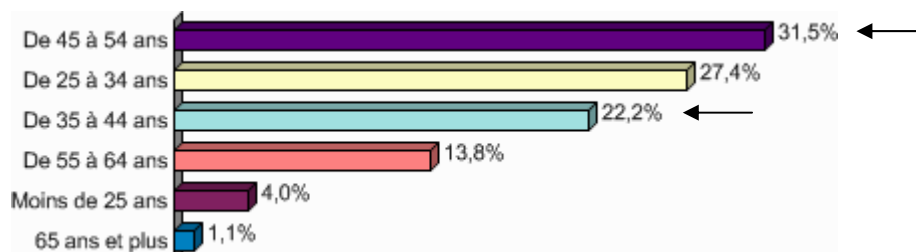
Les principaux profils de ces IPRP personnes physiques et leur fréquence sont les suivants :



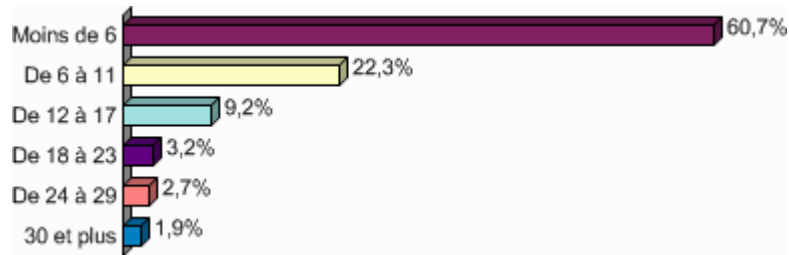
Les pourcentages de ce graphe intègrent le traitement détaillé des 23 % de réponses « autres » données par les répondants.

5.1.3. Age et ancienneté des IPRP

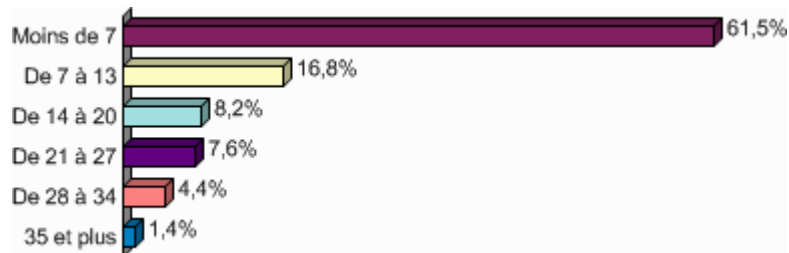
Contrairement à l'idée souvent répandue que la population IPRP serait majoritairement jeune, le graphe suivant montre que plus de la moitié des répondants ont entre 35 et 54 ans.



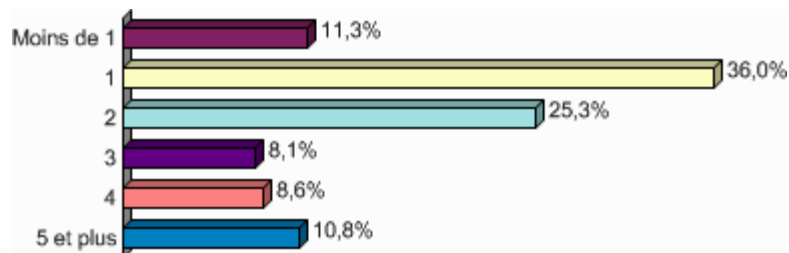
Par contre, 60,7 % des IPRP occupent leur poste actuel depuis moins de 6 ans :



Le profil d'ancienneté dans la structure est similaire : 61,5 % des répondants ont une **ancienneté inférieure à 7 ans au sein de l'organisme** pour lequel ils interviennent :



Parmi les répondants, en ce qui concerne plus particulièrement les 186 IPRP employés depuis moins de 7 ans par des SST ou des GIE, **80,7% ont été embauchés depuis 3 ans ou moins**, c'est-à-dire depuis la mise en place de l'habilitation, comme le montre le graphe suivant :

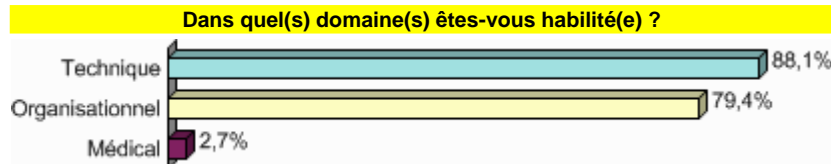


Pour la plupart, les IPRP ont en effet intégré les services de santé après la réforme de la médecine du travail. Mais certains services avaient devancé cette évolution en recrutant des intervenants qui ne s'appelaient alors pas encore IPRP.

C'est le cas de ce service de santé au travail de la région PACA qui prévoyant l'évolution des pratiques en matière de médecine du travail a créé en 1991 une cellule métrologique composée de deux techniciennes assistantes en médecine du travail qui étaient auparavant deux secrétaires médicales. Cette cellule s'est étoffée en 2000 par le recrutement d'un ingénieur ergonomiste puis en 2004 avec une psychologue du travail. C'est le cas également de cet autre service de santé interprofessionnel de la métropole lilloise qui a recruté un ergonomiste en 2000 en remplacement d'un autre ergonomiste parti en retraite et une toxicologue en 2002. C'est le cas encore dans le service de santé autonome de l'entreprise de sidérurgie où l'IPRP travaille depuis 35 ans au sein du service médical.

5.1.4. Domaine d'habilitation

66,6% des IPRP personnes physiques qui ont répondu à l'enquête ont une habilitation couvrant les deux domaines technique et organisationnel, et seulement 2,7% des répondants sont habilités dans le domaine médical :

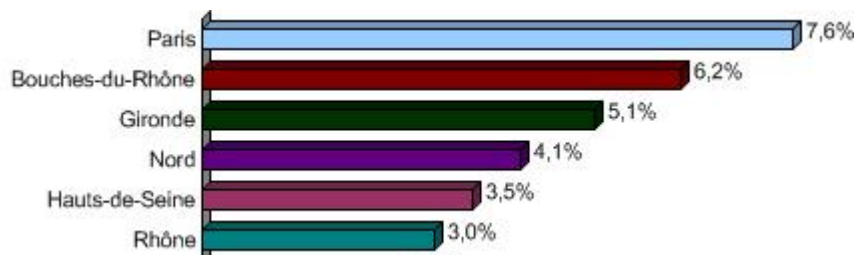


Les habilitations dans le domaine technique sont légèrement plus nombreuses que celles octroyées dans le domaine organisationnel.

A l'occasion des monographies d'entreprise nous avons rencontré un médecin de la région Nord Pas de Calais habilité IPRP dans le domaine technique qui avait suivi une formation en toxicologie industrielle et une autre en ergonomie. Il ne s'agit pas d'une démarche personnelle mais d'une proposition que lui a faite la direction du service de santé au travail. Son habilitation n'a pas modifié son quotidien ni son activité mais ses qualifications complémentaires font qu'il peut être sollicité pour des interventions autres que le suivi des salariés du portefeuille d'entreprises dont il a la charge, surtout en toxicologie. Le médecin apprécie la reconnaissance que lui procure cette habilitation ; pour autant, il n'est pas clair que ses actions soient estampillées IPRP.

5.1.5. Localisation et mobilité

Les répondants personnes physiques sont localisés dans 82 départements, parmi lesquels les 6 départements regroupant le plus grand nombre d'IPRP personnes physiques sont les suivants :



66 % interviennent dans un seul département, celui dans lequel ils sont localisés professionnellement :

Nombre de départements d'intervention	Nombre d'IPRP intervenant dans ces départements	% du total des répondants	Cumul %
1 département	419	66%	66%
2 départements	66	10%	76%
3 départements	36	6%	82%
4 départements	21	4%	86%
5 départements et plus	57	9%	95%
10 départements et plus	18	3%	98%
15 départements et plus	6	1%	99%
20 départements et plus	8	1%	100%

Parmi les 419 IPRP personnes physiques qui n'interviennent que dans un département, on en dénombre :

- o 189 employés par un SST interprofessionnel (sur un total général pour cette catégorie de 231, soit 82%)
- o 130 employés par une entreprise, dans le SST autonome ou dans un autre service (sur un total général pour cette catégorie de 180, soit 72%)
- o 49 indépendants ou employés par un cabinet conseil (sur un total général pour cette catégorie de 166, soit 30%)
- o 16 employés par un SST professionnel (sur un total général pour cette catégorie de 21, soit 76%)
- o 10 par une structure de mutualisation (sur un total général pour cette catégorie de 23, soit 43%)
- o 25 employés par une autre structure (sur un total général pour cette catégorie de 37, soit 68%)

Ces pourcentages ne sont pas surprenants : 70 à 80% des IPRP personnes physiques de SST ou d'entreprise interviennent exclusivement dans leur département. Les autres font en général des interventions dans plusieurs départements.

5.2. Les caractéristiques générales des IPRP personnes morales

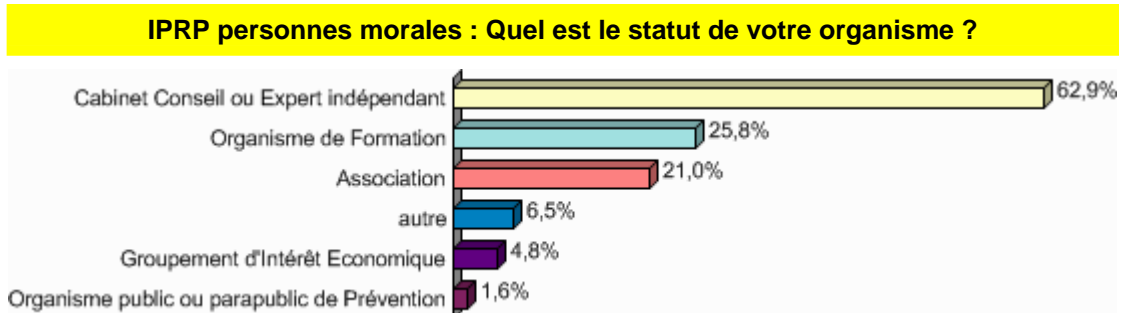
5.2.1. Statut de l'organisme

Concernant les **IPRP personnes morales**, parmi les 62 répondants, le groupe prépondérant est représenté par les cabinets conseil et les experts indépendants, pour 62,9% d'entre eux.

De manière singulière apparaît un deuxième groupe significatif, les organismes de formation, qui totalisent 25,8% des réponses. Mais parmi les 16 répondants,

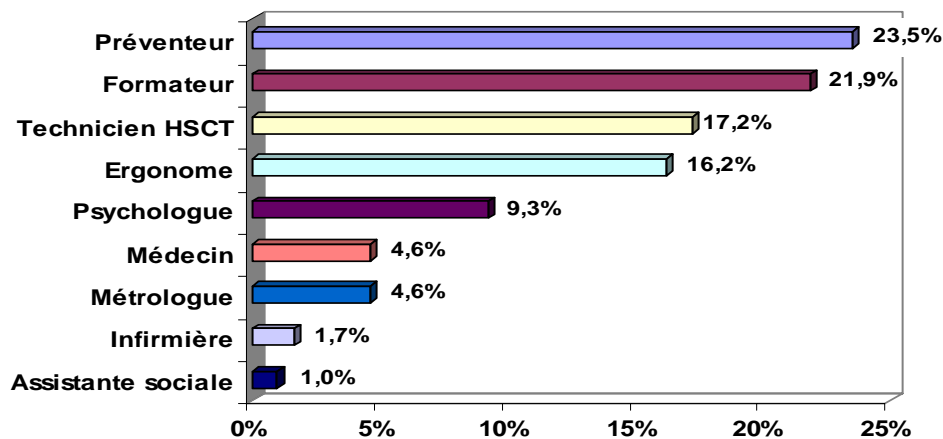
seulement deux ont uniquement le statut d'organisme de formation. Les 14 autres sont des cabinets conseils et des experts fournissant aussi des prestations de formation.

Les associations (21,0%) sont principalement des structures de mutualisation intervenant pour le compte de SST, ou des organismes spécialisés intervenant auprès de populations spécifiques.



5.2.2. Les ressources disponibles

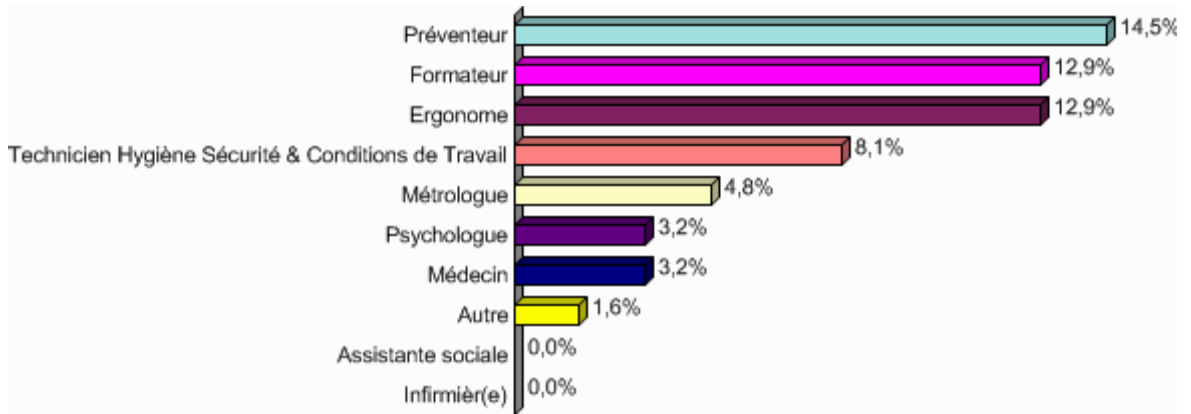
Les 62 organismes ayant répondu emploient 759 personnes au total, dont 301 personnes dites **"qualifiées pour les interventions sur le terrain, pour ce qui concerne la prévention des risques professionnels"**. Les principaux profils de ces dernières se détaillent de la manière suivante, en équivalents temps plein ¹⁰:



Seize organismes sur 62 emploient un ou plusieurs IPRP personnes physiques, au total 34 IPRP ¹¹, avec un maximum de 6 pour un GIE et plusieurs qui n'en emploient qu'un seul. Leurs profils sont les suivants :

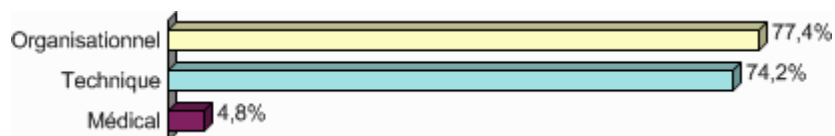
¹⁰ Il s'agit d'intervenants habilités ou pas (voir note suivante)

¹¹ Soit un taux d'habilitation de 11,3% (34 IPRP personnes physiques pour un total de 301 intervenants qualifiés)



5.2.3. Domaine d'habilitation

Comme les IPRP personnes physiques, la plupart des IPRP personnes morales qui ont répondu à l'enquête ont une habilitation couvrant les deux domaines technique et organisationnel. 4,8 % d'entre eux sont habilités dans le domaine médical :



A l'inverse des personnes physiques, les répondants personnes morales habilités dans le domaine organisationnel sont plus nombreux que ceux habilités dans le domaine technique.

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'habilitations réparties par domaine d'habilitation, recueilli dans les bilans annuels d'activité des Collèges d'habilitation¹². Les réponses apportées par les personnes physiques et les personnes morales ne peuvent qu'en partie être comparées à ces données car la répartition des habilitations par domaine de compétence n'est croisée avec la qualité physique ou morale des IPRP que dans deux collèges¹³ :

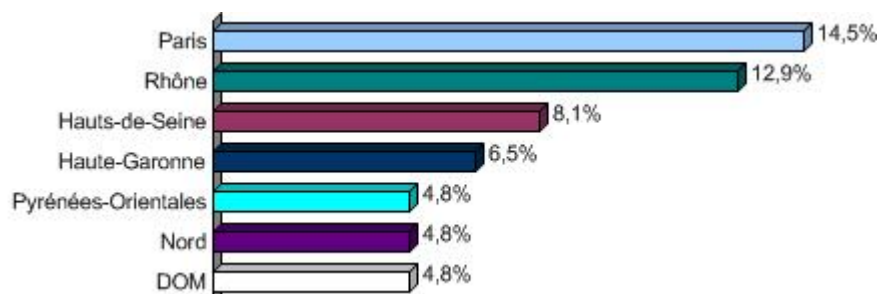
	Médical	Technique	Organisationnel
Collège 1	Compte tenu des délais impartis à l'étude les données n'ont pas pu être réunies à temps		
Collège 2	1	188	184
	PP	PM	PP
2006	0	1	58
2005	0	0	75
2004	0	42	42
Collège 3	6	192	156
	PP	PM	PP
2006	2	1	28
2005	1	1	86
2004	0	1	64
Collège 4	1	332	299
Collège 5	1	195	195
	<i>Manque les données 2004</i>	<i>Manque les données 2004</i>	<i>Manque les données 2004</i>
TOTAL	9	907	834

¹² Voir annexe 2

¹³ En l'absence d'un cadre commun, les solutions de décompte retenues par les collèges ne se sont que progressivement affinées, ce qui explique l'absence de données communes disponibles.

5.2.4. Localisation et mobilité

Parmi les 39 départements d'où sont parvenues des réponses, la localisation géographique des répondants IPRP personnes morales les plus nombreux est la suivante :



Les IPRP personnes morales ayant répondu à l'enquête interviennent dans tous les départements français, sauf un, la Creuse.

- o 14 IPRP déclarent intervenir à Paris (pour 9 résidents),
- o 11 dans les Hauts-de-Seine (pour 5 résidents),
- o 11 dans le Rhône (pour 8 résidents),
- o et 11 en Gironde (pour 2 résidents) ;

Globalement, pour les répondants IPRP personnes physiques et morales, quatre départements se détachent : Paris, Rhône, Hauts-de-Seine et Nord, d'où émanent le plus de réponses.

6. L'activité des IPRP

La circulaire du 13 janvier 2004 précise que « au même titre que le médecin du travail, l'IPRP participe à la préservation de la santé et de la sécurité des salarié et à l'amélioration des conditions de travail dans un objectif exclusif de prévention. »

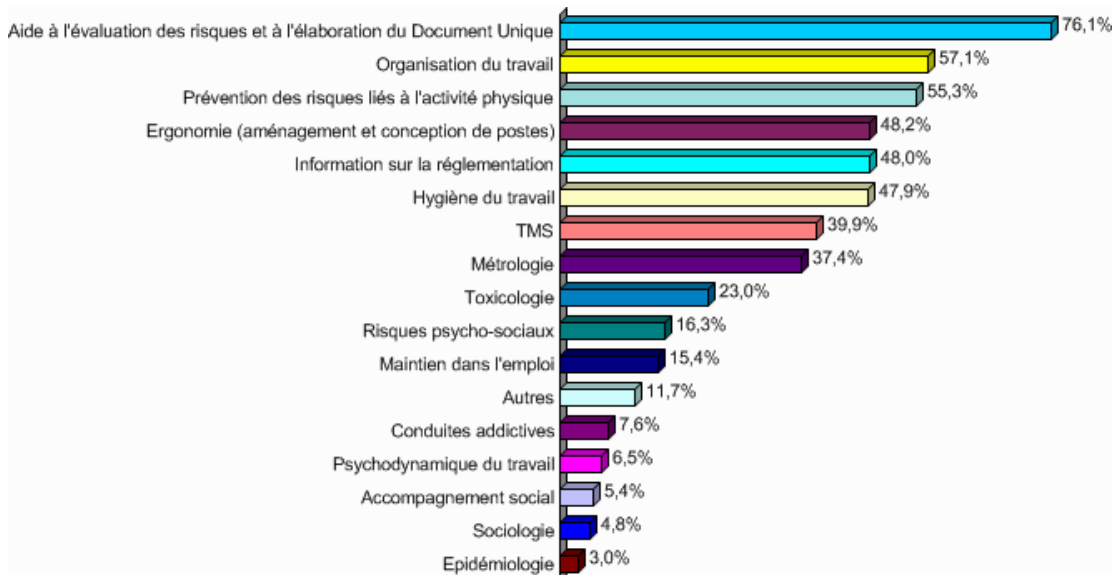
Elle ajoute que l'IPRP a vocation naturelle à exercer sa mission au sein de l'entreprise ou du service de santé au travail (on doit comprendre où il est employé). Mais elle ajoute qu'il n'est pas interdit à un IPRP, dûment habilité de proposer ses services à titre libéral, en dehors de son activité salariée, à un autre employeur.

La circulaire du 13 janvier 2004 ajoute que le dispositif de la pluridisciplinarité place les trois compétences sur un pied d'égalité et impose leur association. La circulaire (§2.2.2) précise également que la pluridisciplinarité a pour objet de compléter les compétences apportées par les médecins du travail et que l'essentiel est qu'une collaboration s'instaure entre les trois compétences.

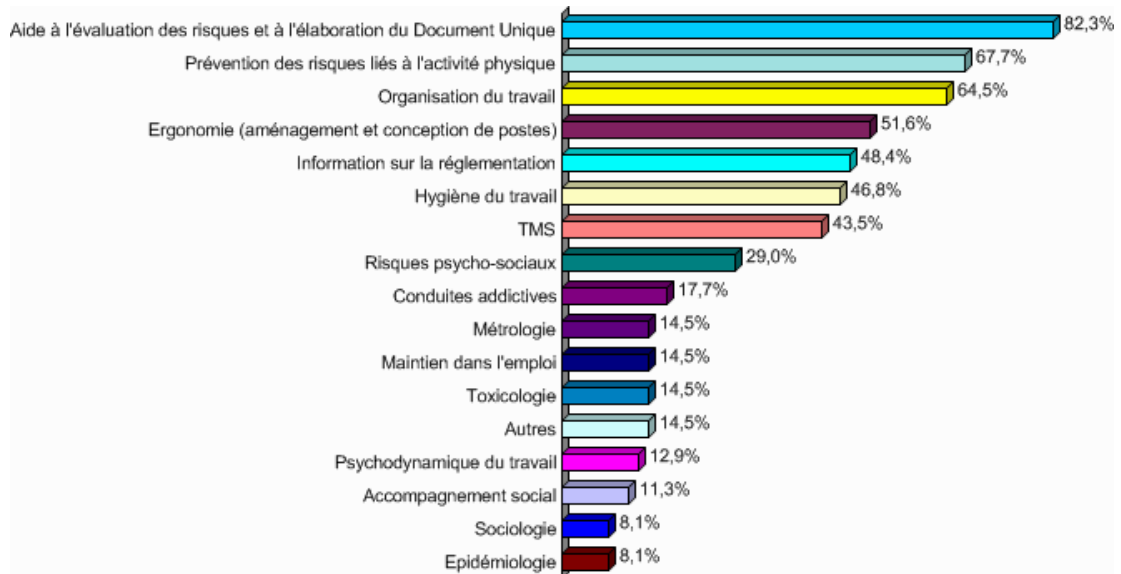
Le décret (article R 241-1-7) précise que les services de santé au travail définissent les modalités de la collaboration entre l'IPRP et le médecin du travail et que le médecin du travail reçoit communication des informations relatives à la santé au travail recueillies par l'intervenant.

6.1. L'éventail des compétences des IPRP

Les IPRP personnes physiques déclarent des compétences diversifiées. A la question « Quelles sont vos spécialités en tant qu'IPRP » (plusieurs réponses possibles), on remarque que la "spécialité" la plus fréquemment citée est l'aide à l'évaluation des risques et à l'élaboration du Document Unique (76,1% des citations).



Les IPRP personnes morales présentent un éventail de spécialités similaire, tant dans la fréquence des citations que dans la diversité des profils déclarés :



Le tableau suivant montre, pour chaque catégorie d'IPRP personnes physiques, les pourcentages de citation des principales spécialités.

Notons que la métrologie, 1^{ère} spécialité des IPRP de SST interentreprises interprofessionnels, vient seulement en 10^{ème} position pour les IPRP d'entreprise (11% de citations), et 11^{ème} pour les indépendants (8% de citations). L'organisation du travail est en deuxième position pour les indépendants et les experts, en quatrième pour les IPRP d'entreprise, mais seulement en septième position pour les IPRP de SST interentreprises interprofessionnels (avec quand même 35% de citations).

Par contre, l'aide à l'évaluation des risques et à l'élaboration du Document Unique (DU), la prévention des risques liés à l'activité physique, les TMS, ainsi que l'ergonomie, figurent parmi les spécialités principales des trois catégories, ce qui correspond à des besoins des entreprises couverts par plusieurs groupes d'intervenants.

IPRP de →	SST interentreprises		Entreprise		Indépendant ou expert	
	Spécialité	Pourcentage	Spécialité	Pourcentage	Spécialité	Pourcentage
Spécialité 1	Métrologie	65%	Aide au DU	73%	Aide au DU	61%
Spécialité 2	Ergonomie	56%	Prévention risques activité physique	60%	Organisation du travail	53%
Spécialité 3	Aide au DU	55%	Hygiène du travail	60%	Prévention risques activité physique	46%
Spécialité 4	TMS	48%	Organisation du travail	52%	Ergonomie	32%
Spécialité 5	Prévention risques activité physique	39%	Ergonomie	49%	TMS	30%

On remarque que les déclarations portant sur l'organisation du travail, en tant que spécialité, sont surtout le fait des IPRP indépendants ou experts et des IPRP salariés d'entreprise.

Un "indice de pluridisciplinarité" consisterait à vérifier si les IPRP utilisent effectivement l'éventail de ces spécialités dans les missions qui leur sont confiées.

Nous avons comparé les pourcentages d'occurrence de la citation de chaque spécialité, entre les spécialités effectivement exploitées sur le terrain et les spécialités déclarées (tableau ci-dessous), en mettant en regard les déclarations des IPRP personnes physiques et des IPRP personnes morales.

Si les résultats de l'enquête ne permettent pas de quantifier le volume exact d'activité pour chaque spécialité, les écarts entre offre et demande sont néanmoins le signe d'un besoin pas assez couvert (pourcentage positif = demande soutenue) ou d'un excédent d'offre par rapport aux besoins actuels (pourcentage négatif) :

Spécialités déclarées	IPRP personnes physiques		IPRP personnes morales		Equilibre de la demande par rapport à l'offre
	Rang	Diff. % citations	Rang	Diff. % citations	
Aide à l'évaluation des risques et à l'élaboration du Document Unique	1	-2%	1	4%	Equilibré pour les deux populations
Organisation du travail	2	-5%	3	-6%	Relativement équilibré
Prévention des risques liés à l'activité physique	3	1%	2	6%	Equilibré
Ergonomie (aménagement et conception de postes)	4	17%	4	9%	La spécialité semble demandée, surtout chez les IPRP personnes physiques
Information sur la réglementation	5	-16%	5	-2%	Moins d'interventions que de spécialistes déclarés chez les personnes physiques. Equilibré chez les personnes morales
Hygiène du travail	6	1%	6	-8%	Equilibré chez les personnes physiques. Un léger déficit de demandes pour les organismes.
TMS	7	8%	7	14%	Un volume d'interventions soutenues : spécialité demandée
Météorologie	8	3%	12	24%	Un volume d'interventions soutenues : spécialité demandée, surtout chez les personnes morales
Toxicologie	9	13%	8	-15%	La spécialité semble demandée chez les IPRP personnes physiques, sensiblement moins pour les organismes personnes morales
Risques psycho-sociaux	10	-7%	13	24%	De la demande, mais plutôt chez les organismes personnes morales.
Maintien dans l'emploi	11	3%	11	9%	Equilibré
Autres	12	16%	10	9%	Une demande pour d'autres spécialités chez les personnes physiques
Conduites addictives	13	-5%	9	-24%	Relativement équilibré chez les personnes physiques, qui sont plus demandés que les organismes
Psychodynamique du travail	14	-23%	14	-13%	Des spécialistes mais peu d'interventions
Accompagnement social	15	-17%	15	-40%	Moins d'interventions que de spécialistes déclarés, notamment pour les organismes personnes morales.
Sociologie	16	-45%	17	-44%	Quelques spécialistes mais très peu d'interventions
Epidémiologie	17	-20%	16	-16%	Quelques spécialistes IPRP mais peu d'interventions déclarées

D'une manière générale, la plupart des spécialités sont utilisées sur le terrain. Celles de la moitié haute du tableau sont les plus demandées, avec semble-t-il du potentiel non exploité pour l'information sur la réglementation chez les IPRP personnes physiques. A l'inverse, le besoin de spécialistes en ergonomie pour l'aménagement et la conception de postes semble pointer un besoin non suffisamment satisfait.

La psychodynamique du travail, l'accompagnement social et la sociologie ne font l'objet que de très peu de demandes actuellement, chez tous les IPRP ; cela pourrait évoluer au fur et à mesure que les problèmes les plus critiques de sécurité et de santé au travail auront été réglés. L'épidémiologie est un cas à part, en tant que discipline purement médicale : deux médecins IPRP personnes physiques déclarent exclusivement cette spécialité.

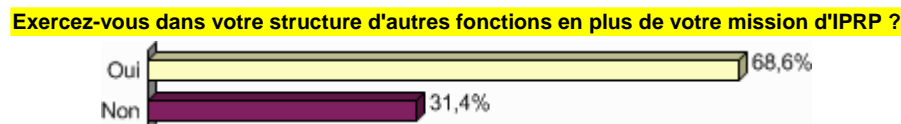
Dans le cadre des monographies, les interventions d'IPRP qui nous ont été citées sont les suivantes :

- o *plusieurs interventions ergonomiques pour le réaménagement d'ateliers ou de postes de travail,*
- o *des études toxicologiques par rapport aux produits utilisés,*
- o *la réalisation de fiches d'exposition aux risques professionnels destinées au médecin du travail pour enrichir ses données et à cette occasion sensibiliser les acteurs de l'entreprise pour préparer des actions de prévention,*
- o *une analyse de l'ambiance lumineuse pour des postes de caissières,*
- o *une intervention sur les risques psychosociaux qui s'est élargie à la prévention des risques physiques des salariés.*

De manière générale, il apparaît que parfois les interventions des IPRP auprès des entreprises intègrent plusieurs dimensions. Il n'y aurait pas d'intervention spécifique pour informer sur la réglementation mais celle-ci se ferait à l'occasion des diverses actions menées. De même le cas de cette IPRP qui sollicitée sur les risques psychosociaux décelés par le médecin du travail dans un laboratoire d'analyses médicales réalise également des mesures de luminosité sur les postes de travail.

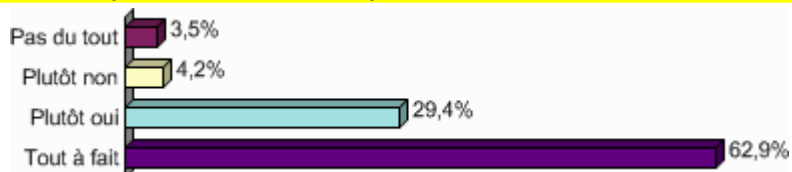
6.2. Les autres fonctions des IPRP

Plus des deux-tiers des IPRP personnes physiques (68,6%) déclarent exercer d'autres fonctions en plus de leur mission d'IPRP :

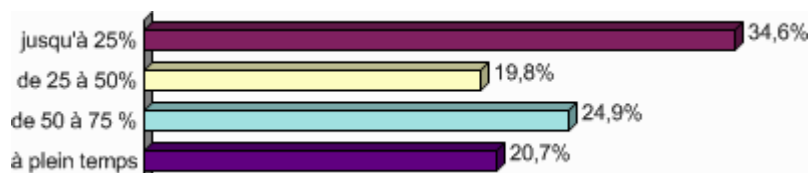


Pour eux, ces autres fonctions sont largement complémentaires et utiles vis-à-vis de leur mission d'IPRP (92,3% de réponses allant dans ce sens) :

Ces autres fonctions présentent-elles une complémentarité utile vis-à-vis de votre mission d'IPRP ?

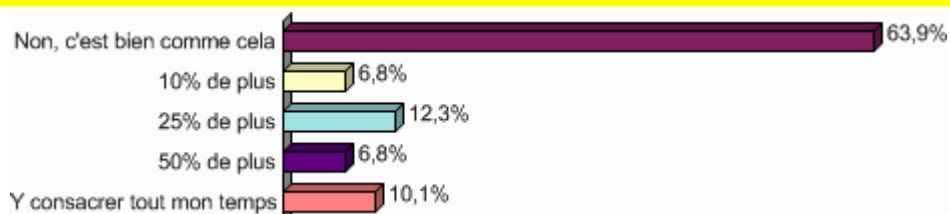


Parmi les IPRP déclarant exercer une autre fonction au sein de leur structure, seuls 20,7% des répondants se consacrent pleinement à leur mission. Ceux qui n'ont pas cette possibilité consacrent un temps partiel à leur mission IPRP, à savoir : 34,6% jusqu'à un quart de temps, 19,8% jusqu'à mi-temps, 24,9% jusqu'à trois-quarts de temps :



Enfin, environ les deux-tiers des IPRP exerçant d'autres fonctions dans leur structure déclarent ne pas devoir consacrer plus de temps à leur mission d'IPRP. S'agissant d'IPRP personnes physiques répondant individuellement, on peut penser qu'il s'agit là d'un souhait personnel, mais que ces réponses ne signifient peut-être pas que tous les besoins sont satisfaits. On restera donc prudent en interprétant cette partie de l'enquête.

Idéalement, devriez-vous y consacrer plus de temps pour pouvoir vous acquitter complètement de votre mission ?



Dans les deux très grandes entreprises disposant d'un IPRP salarié de l'entreprise, leur statut d'IPRP semble se confondre totalement avec leur mission. L'un est hygiéniste et l'autre ergonome, les deux sont rattachés au service de santé de l'entreprise.

6.3. Etre ou ne pas être IPRP ? Quel impact sur les missions effectuées ?

6.3.1. Comparaison jours de mission explicites IPRP et jours de mission non explicites IPRP

Nous avons demandé **aux IPRP personnes physiques** d'évaluer le nombre de jours de mission qu'ils ont effectué durant l'année 2006 :

- d'une part au titre de missions pour lesquelles il a été explicitement fait appel à eux du fait de leur habilitation (nommés "jours IPRP" ci-dessous) ;
- d'autre part au titre de missions pour lesquelles aucune exigence d'habilitation n'a été requise, mais effectuée bien entendu dans les mêmes domaines de compétence liés à l'évaluation et à la prévention des risques (nommés "jours non IPRP" ci-dessous).

On observe de grandes amplitudes de variation dans les réponses individuelles, allant de quelques courtes missions sporadiques pour certains à du temps plein ¹⁴ pour d'autres. Aussi est-il plus instructif, à notre avis, de réfléchir sur les moyennes annuelles de jours d'intervention déclarés dans chaque catégorie d'organismes, et notamment sur les pourcentages relatifs de "jours IPRP" par rapport aux "jours non IPRP".

Proportion de jours de missions explicites IPRP / non explicites IPRP personnes physiques – Année 2006	Total des jours IPRP 2006	Total des jours non IPRP 2006	Total des jours en 2006	Total des jours IPRP 2006	Total des jours non IPRP 2006
Dans les organismes ci-dessous	Moyenne	Moyenne	Moyenne	% annuel	% annuel
Un service de santé au travail interprofessionnel	97	16	113	86%	14%
Un service de santé au travail professionnel	52	52	104	50%	50%
Autre	40	41	81	49%	51%
Un GIE, association, structure de mutualisation...	33	36	68	48%	52%
Je suis expert agréé auprès des CHSCT	18	49	67	27%	73%
Je suis consultant indépendant ou expert habilité en tant que personne physique	15	42	58	27%	73%
Un service de santé autonome au sein d'une entreprise	27	76	104	27%	73%
J'appartiens à un service autre que le service de santé au sein d'une entreprise	28	78	107	27%	73%
Un Cabinet Conseil	25	72	97	26%	74%
Proportion annuelle toutes catégories	51	45	96	53%	47%

Le tableau ci-dessus appelle plusieurs commentaires :

- Les IPRP des SST interprofessionnels, dans leurs missions d'intervenants en santé au travail (IST), déclarent agir quasi en permanence (86%) sous leur statut explicite d'IPRP. Cela peut s'expliquer d'une part du fait de leur fonction structurelle au sein du SST, d'autre part, à notre avis, en raison de l'importance d'une déclaration explicite du nombre d'IPRP par les SST en vue du renouvellement de leur agrément. En effet, la présence d'IPRP à l'effectif est un

¹⁴ 69% des IPRP déclarent exercer d'autres fonctions complémentaires dans leur organisation en plus de celle d'IPRP, aussi le total des jours consacrés à leurs missions d'intervenant en prévention des risques est-il la plupart du temps inférieur à un temps plein annuel.

indicateur généralement admis de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité par les SST.

- A l'opposé, les IPRP intervenants extérieurs, ainsi que ceux des services internes aux entreprises, déclarent exercer environ les trois-quarts de leur activité d'évaluation, de prévention et de santé (SST autonomes) sans référence explicite à leur statut d'IPRP. Il s'agit donc **majoritairement d'une pluridisciplinarité de terrain qui ne semble pas devoir s'appuyer sur l'habilitation au sens réglementaire**, mais plutôt sur l'expertise reconnue des intervenants.
- Les IPRP des SST professionnels et des structures de mutualisation se situent sensiblement à mi-chemin des deux groupes précédents. Ils déclarent exercer la moitié de leur activité sous le régime de l'habilitation et l'autre moitié sans référence explicite à ce régime.

Du côté des **IPRP personnes morales**, on retrouve pour les cabinets Conseil et les organismes de formation la même proportion des trois-quarts de jours d'intervention sans référence explicite au statut d'IPRP, alors que les organismes publics ou parapublics et les GIE ne déclarent intervenir que sous le régime d'habilitation :

Proportion de jours de missions explicites IPRP / non explicites IPRP personnes morales - Année 2006	Total des jours IPRP 2006	Total des jours non IPRP 2006	Total des jours en 2006	Total des jours IPRP 2006	Total des jours non IPRP 2006
Type d'organisme	Moyenne	Moyenne	Moyenne	% annuel	% annuel
Groupement d'Intérêt Economique	873	0	873	100%	0%
Organisme public ou parapublic de Prévention	10	0	10	100%	0%
Association	124	46	170	73%	27%
autre	34	97	131	26%	74%
Cabinet Conseil ou Expert indépendant	85	267	352	24%	76%
Organisme de Formation	88	362	450	20%	80%
Proportion annuelle toutes catégories	119	236	355	34%	66%

Il apparaît donc que l'exercice de la prévention des risques professionnels ne supposerait pas pour une partie des acteurs, principalement les indépendants et les IPRP d'entreprise, un pré-requis d'habilitation. Pour d'autres, SST professionnels et interprofessionnels, **l'habilitation serait d'abord une composante structurelle entraînant ou démontrant une certaine pluridisciplinarité.**

6.3.2. 40 % des répondants déclarent zéro jours d'intervention explicites IPRP

251 IPRP personnes physiques sur 631 et 25 IPRP personnes morales sur 62 déclarent n'avoir effectué aucun jour de mission IPRP explicite en 2006.

Les employeurs des 251 personnes physiques sont les suivants :

- 80 d'entreprises, hors SST autonome (32 %)
- 58 indépendants ou experts (23,1 %)
- 31 de SST interprofessionnels (12,4 %)
- 23 de cabinets conseil (9,2 %)
- 21 de SST autonomes (8,4 %)
- 10 de GIE (4 %)
- 6 de SST professionnels (2,40 %)
- 21 autres (8,4 %)

Pour les personnes morales, les structures de rattachement sont les suivantes :

- 20 Cabinets Conseil ou Experts indépendant (80 %)
- 3 associations
- 1 organisme de formation (4 %)
- 1 autre

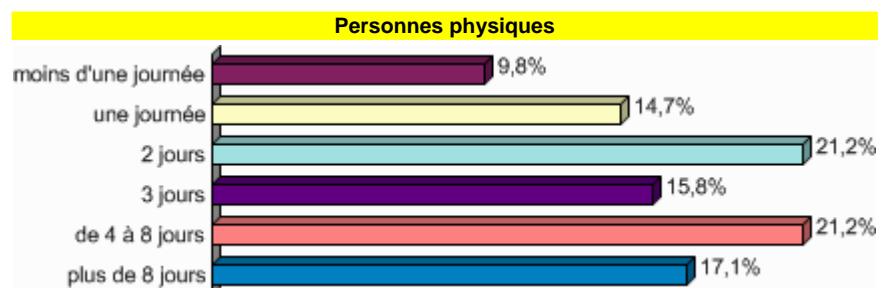
Pour les personnes physiques, la notion d'intervention explicite ou non explicite doit être considérée avec précaution dans la mesure où beaucoup de demandes d'intervention peuvent être informelles, les IPRP étant employés dans des structures.

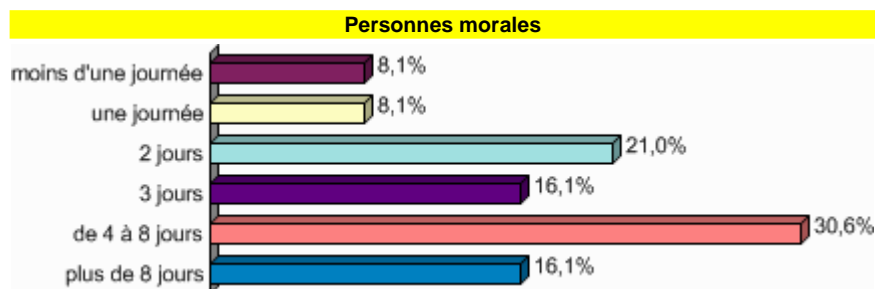
A l'inverse, pour les personnes morales, la situation est différente. Il semble que les commandes qui leur sont adressées ne font pas référence au fait qu'ils soient habilités ; c'est leur compétence qui les ferait travailler et non pas leur habilitation.

6.4. Volume et durée des interventions

Tant pour les personnes physiques que pour les personnes morales ayant répondu, les interventions durent en moyenne de trois à quatre jours, avec une assez forte dispersion des durées autour de ces valeurs, comme le montrent les graphiques suivants :

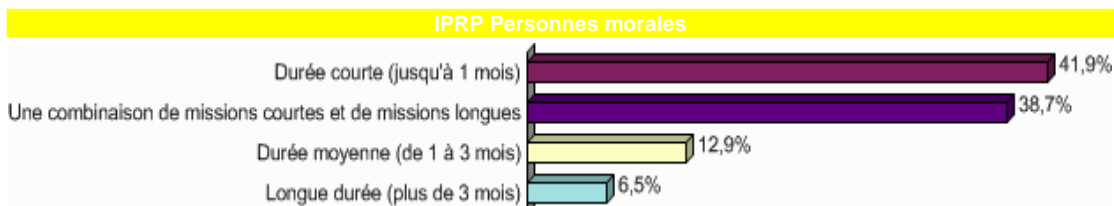
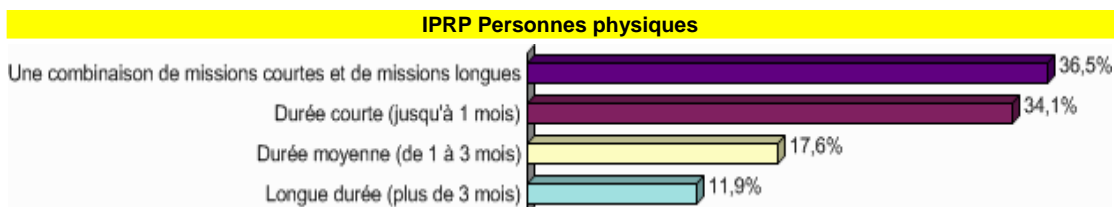
Combien de jours d'intervenant représente en moyenne l'une de vos missions ?





Les IPRP effectuent plutôt des missions durant jusqu'à un mois (durant lequel ils vont intervenir 3 à 4 jours en moyenne), ainsi que des combinaisons de missions courtes et de missions longues :

Typiquement, sur quelle durée totale s'étendent vos interventions ?

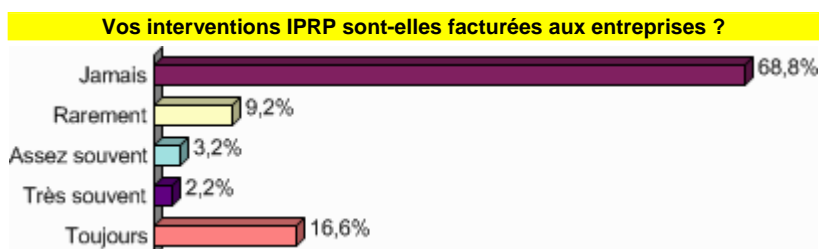


Les éléments recueillis sur le terrain des entreprises corroborent ces résultats. Les situations sont en effet très contrastées, même au sein des services de santé au travail. Des services privilégient les missions courtes (3-4 jours, maximum 5) compte tenu de l'importance des demandes et du souhait de faire profiter des services des IPRP à un maximum d'entreprises, notamment les petites. Mais il y a aussi des interventions menées par des IPRP de service de santé au travail qui représentent un volume de jours important.

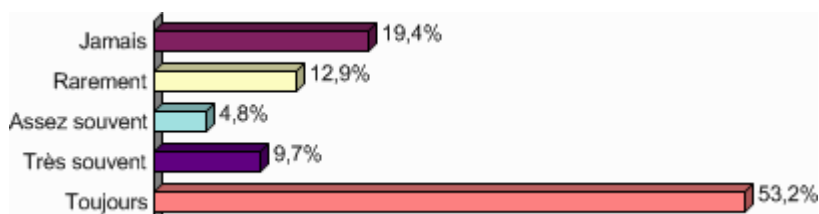
Au-delà de la politique d'offre de service adoptée par les services de santé, le nombre de jours passés à une intervention est évidemment lié à la nature de l'intervention. Ainsi, une intervention qui consiste à relever l'étiquette de produits dans le cadre d'une analyse toxicologique nécessite peu de temps. A l'inverse, une intervention sur les risques psychosociaux, même s'il s'agit d'une très petite entreprise peut représenter un volume de jours conséquent (10-12 jours dans le cas du laboratoire d'analyses médicales). Entre les deux, les interventions ergonomiques réalisées sur 3-4 jours par les IPRP de service de santé interprofessionnels. Totalement à l'opposé le projet auquel a participé l'ergonome du service de santé autonome sur presque deux années pour réaménager complètement un atelier de production (très grande entreprise de sidérurgie).

6.5. Les interventions des IPRP sont-elles facturées ?

Pour 68,8% des IPRP personnes physiques, leurs prestations ne sont jamais facturées aux entreprises, mais sont incluses dans les forfaits de base de leurs employeurs. Ce pourcentage correspond sensiblement à la proportion d'IPRP employés par des SST interprofessionnels, professionnels et les IPRP internes d'entreprises. Les indépendants, de leur côté, facturent généralement leurs prestations :

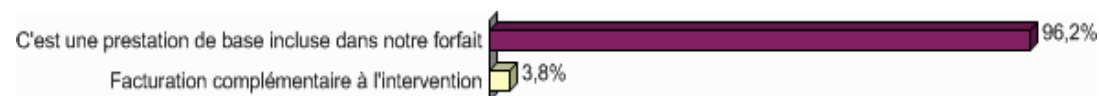


On trouve une proportion inverse chez les IPRP personnes morales, dont un total de 67,7%, essentiellement les indépendants, facturent toujours, très souvent ou assez souvent leurs prestations d'IPRP :



Interrogés sur le même sujet, les SST interprofessionnels et professionnels explicitent collectivement leur politique de facturation, qui montre une corrélation entre l'appel à des ressources externes à leurs structures et la facturation des prestations :

- dans 96,2% des cas les interventions d'IPRP internes aux SST font partie intégrante du forfait de base, couvert par la cotisation des adhérents :



- plus de deux-tiers des interventions d'IPRP de structures mutualisantes sont comprises dans le forfait de base :



- enfin, pour 58,7% des répondants, les interventions d'IPRP externes (consultants...) sont facturées, mais 41,3% des SST les incluent quand même dans le forfait de base :



La progression des réponses est logique. On peut peut-être néanmoins s'interroger sur le volume de prestations d'IPRP externes qui peut être inclus dans le forfait des 41,3% de SST qui ne procèdent pas à une facturation complémentaire à l'intervention. Sans augmenter les cotisations des adhérents, **le montage de dossiers de cofinancement de la pluridisciplinarité serait une piste à explorer pour accroître le volume de prestations additionnelles à celles des SST**, tout en restant soumises à leur pilotage.

Interrogés sur cette question, les interlocuteurs rencontrés lors des enquêtes de terrain nous ont donné des explications qui confortent ces résultats. Les interventions des IPRP internes aux services de santé seraient en effet toujours intégrées dans les cotisations versées par les entreprises. C'est pourquoi également celles-ci seraient pour la plupart de courte durée. Certains services se réservent toutefois la possibilité de facturer aux entreprises si le nombre de jours est important ou s'il s'agit « d'une intervention de confort à la demande de l'entreprise » (voir annexe 3 : Une entreprise de tressage de textile). Mais on constate aussi que l'intervention de 10-12 jours d'une IPRP de service de santé interentreprises n'a pas été facturée à l'entreprise (voir annexe 3 : un laboratoire d'analyses médicales).

En ce qui concerne les interventions des IPRP externes aux services de santé et structures mutualisantes, celles-ci seraient facturées aux entreprises. A noter cependant l'exemple d'un IPRP consultant indépendant qui travaille à la vacation pour un service de santé au travail, ses prestations seraient intégrées dans les cotisations annuelles versées par les entreprises (voir annexe 3 : une entreprise de tressage de textile).

En ce qui concerne les structures mutualisantes, là aussi les pratiques seraient variables. En principe les interventions d'un GIE seraient facturées aux entreprises (voir annexe 3 : une entreprise de tressage de textile et une entreprise de pneumatique). Par contre, celles d'un autre ne le seraient pas. Pour cette structure, « si toutes les interventions supérieures à un jour font l'objet d'un devis présenté à l'entreprise, le financement est à ce jour essentiellement assuré par les cotisations des entreprises. La présentation d'un devis est surtout effectuée à titre informatif pour indiquer que, si la prestation n'est pas facturée, elle n'est pas pour autant gratuite ». Il est également relevé à propos de cette structure que quand une participation financière de l'entreprise est sollicitée, elle est majoritairement refusée.

Par ailleurs, « les médecins du travail ne sembleraient pas à l'aise avec les propositions payantes car ils ont souvent justifié la réduction du nombre de visites annuelles sans diminution des cotisations par l'argumentation des actions en milieu de travail ». Aussi la facturation des interventions leur paraît-elle aller à l'encontre de cet argument.

Dans deux cas, il y a eu intervention d'un organisme de prévention : une ARACT et l'OPPBTP. Les interventions menées par l'ARACT dans une entreprise de fabrication de moteurs n'ont jamais été facturées, l'une d'elle d'une vingtaine de jours s'inscrivait dans le cadre d'un projet européen sur la gestion des âges. L'intervention menée par l'OPPBTP dans une entreprise de travaux publics a été en

partie facturée : le prédiagnostic, l'élaboration et le suivi du plan d'action ne l'ont pas été mais les journées de formation l'ont été.

7. Les interactions entre les acteurs de la prévention

Reconnaissons que les textes n'apportent que peu de clarté sur ce point.

La circulaire du 13 janvier 2004 explicite les termes de la loi qui pose le principe du recours aux compétences pluridisciplinaires par les services de santé au travail en liaison avec les entreprises concernées.

Elle précise que l'intervention d'un IPRP doit répondre à un besoin commun et que doit être recherché l'assentiment de l'employeur et du service. Elle ajoute que pour les SST interentreprises, cette disposition doit être comprise comme conférant au président de cet organisme le soin de prendre la décision en lien avec les entreprises adhérentes.

La circulaire ajoute que cependant les entreprises qui disposent déjà de ressources internes dédiées à la prévention et utilisées au titre de la pluridisciplinarité ne sont pas tenues de recourir aux ressources pluridisciplinaires de leur SST.

Dans les SST d'entreprise, c'est le chef d'entreprise sous la surveillance du comité d'entreprise qui en a la responsabilité.

La circulaire du 13 janvier 2004 (§ 2.1.1) précise également que la pluridisciplinarité ne confère pas aux services de santé interentreprises ou autonome un monopole, d'autres services de l'entreprise - comme les services de sécurité- pouvant également contribuer à la prévention des risques professionnels.

Dans le triptyque IPRP / SST / Médecins du Travail, nous avons cherché à caractériser la mise en œuvre de la pluridisciplinarité à travers la perception qu'ont les acteurs de terrain des relations qui les lient et des coopérations éventuelles qu'ils mettent en œuvre.

Notre postulat de départ est que la pluridisciplinarité, quand elle se construit, doit laisser des empreintes sur le terrain. En conséquence, il devrait être possible de trouver des **"indices de présence d'une pluridisciplinarité"** notamment dans :

- des modes de contractualisation liant les acteurs de la prévention ;
- les interventions coordonnées de plusieurs acteurs ;
- la présence éventuelle d'un "pivot" autour duquel s'organisent les interventions;
- les circuits d'information qui maintiennent les acteurs au fait des investigations et des décisions ;
- les liens de coopération qui s'établissent entre les acteurs ;
- la prise de responsabilité collective vis-à-vis des préconisations...

7.1. Qui formule les demandes d'interventions ?

Les acteurs qui sont principalement à l'origine des interventions des IPRP sont multiples, en fonction de l'organisme d'appartenance de ces derniers. Nous avons rassemblé ci-après les réponses les plus fréquentes des IPRP à la question " Dans la majorité des cas, qui sont les acteurs à l'origine de vos interventions ? ".

Pour les IPRP personnes physiques :

	Acteur à l'origine de la demande d'intervention : réponse la plus fréquente des personnes physiques					
Employeur de l'IPRP	médecin du travail	direction entreprise	CHSCT	service sécurité	direction SST	autre
SST interprofessionnel	très souvent	rarement	rarement	rarement	rarement	rarement
SST professionnel	assez souvent	assez souvent	très souvent	assez souvent	assez souvent	rarement
SST autonome d'entreprise	assez souvent	jamais	très souvent	très souvent	très souvent	jamais
Autres services dans l'entreprise	rarement	très souvent ou jamais ¹⁵	très souvent	très souvent	très souvent	très souvent
Cabinet conseil	jamais	très souvent	jamais	assez souvent	très souvent	très souvent
IPRP indépendant ou expert	jamais	très souvent	jamais	jamais	assez souvent ou jamais	assez souvent

Pour les IPRP personnes morales :

	Acteur à l'origine de la demande d'intervention : réponse la plus fréquente des personnes morales					
Type d'organisme	médecin du travail	direction entreprise	CHSCT	service sécurité	direction SST	autre
Cabinet conseil ou expert indépendant	jamais	jamais ou très souvent	très souvent	très souvent	jamais	très souvent
Organisme de formation	assez souvent	assez souvent	assez souvent	très souvent	très souvent	assez souvent
Association	très souvent	très souvent	rarement	assez souvent	assez souvent	jamais

Nous voyons que l'acteur principal à l'origine de la demande varie largement selon l'organisme d'appartenance de l'IPRP :

- le **médecin du travail** joue très souvent le rôle d'initiateur des demandes pour les IPRP de SST interprofessionnels et d'associations ;

¹⁵ Deux réponses opposées, mais de poids identique

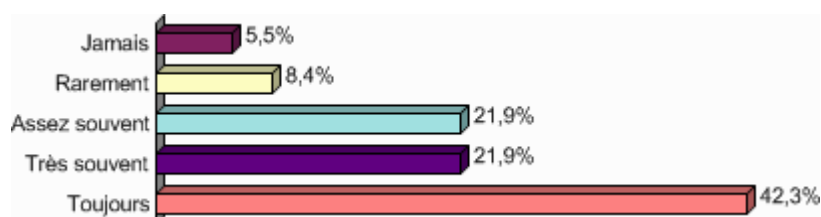
- les directions d'entreprises jouent un rôle majeur dans le déclenchement des demandes pour les IPRP indépendants en général, ainsi que pour les associations ;
- les **CHSCT des entreprises** jouent naturellement leur rôle de déclencheur vis-à-vis des IPRP des services autonomes et des IPRP internes appartenant à d'autres services (DRH, HS&E...), ainsi que pour l'intervention des cabinets conseils ;
- enfin, dans les SST interprofessionnels, ce n'est pas tant la direction du SST que les **médecins du travail** qui déclenchent les interventions des IPRP ; par contre, la **direction du SST** est plutôt à l'origine de l'intervention de cabinets conseil et d'organismes de formation employant des IPRP.

En conséquence, dans leur grande diversité d'appartenance, **les IPRP ne trouvent pas en face d'eux un seul pivot**, par exemple le médecin du travail, qui serait à l'origine de leurs interventions, sauf dans les SST interprofessionnels. Ailleurs, ils vont plutôt "naviguer" entre plusieurs initiateurs des demandes pour concrétiser leurs missions.

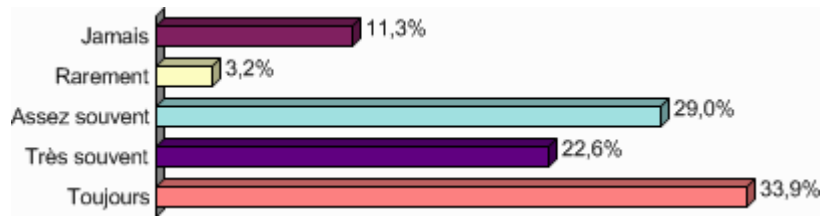
Les enquêtes de terrain nous amènent à nuancer l'importance du médecin du travail dans la formulation des demandes d'intervention lorsqu'il s'agit d'IPRP de service de santé interentreprises. Dans les cas étudiés, c'est en effet toujours le médecin qui formule la demande auprès de l'IPRP mais la demande n'émane pas systématiquement de lui. Dans de nombreux cas il relaie en la reformulant plus ou moins la demande qui peut provenir du chef d'entreprise, du CHSCT ou d'autres personnes. C'est le cas dans cette entreprise de transformation de viande où le responsable d'un secteur de production signale la pénibilité de travail du personnel à la personne chargée de sécurité. Cette personne qui est également secrétaire du CHSCT sollicite le médecin du travail pour une intervention ergonomique sur la ligne. Dans presque tous les cas, les médecins du travail adressent aux IPRP du service ou à ceux de la structure mutualisante un document écrit présentant la demande.

7.2. Les IPRP participent-ils à la définition de la demande ?

Indice de pluridisciplinarité "amont", 86,1% des IPRP personnes physiques confirment leur "participation active" à la définition des demandes débouchant sur une mission qui leur est confiée :



Ce constat encourageant est similaire en ce qui concerne les organismes IPRP personnes morales, dont 85,5% déclarent participer à la définition des interventions :



Toutefois au cours des enquêtes de terrain il nous a semblé que cette participation à la définition de la demande n'était pas toujours effective pour les IPRP des services de santé interentreprises.

Une analyse de la demande sous entendrait que l'IPRP se rende dans l'entreprise pour analyser par lui-même le besoin dont lui a fait part le médecin du travail. Or dans bien des cas, l'analyse de la demande est réalisée à partir de ce que dit le médecin du travail à l'IPRP.

Pour les ergonomes cependant, cette étape semble être respectée. Ils se rendent dans l'entreprise pour rencontrer les interlocuteurs et repositionner la demande en fonction de leur analyse des besoins. Leur proposition est ensuite transmise au médecin pour discussion.

7.3. Comment sont contractualisées les demandes d'interventions ?

Le décret du 24 juin 2003 précise que le concours à un IPRP est subordonné à la conclusion d'une convention passée entre celui-ci et l'employeur (cas des entreprises avec service de santé « autonome ») ou le président du service de santé au travail interentreprises.

Le décret précise également que les **conventions sont conclues après avis** du comité d'entreprise ou d'établissement et du CHSCT ainsi que le cas échéant des organismes de contrôle (voir R 241-14) et dans les SST interentreprises après avis du conseil d'administration, pour les SST administrés paritairement.

Cette convention précise, les activités confiées à l'intervenant, les modalités selon lesquelles elles sont exercées, les moyens mis à sa disposition et les règles garantissant son accès aux lieux de travail et l'accomplissement de ses missions, notamment la présentation de ses propositions, dans des conditions assurant son indépendance. Il est à noter que la convention ne peut comporter de clauses autorisant l'intervenant à effectuer des actes relevant de la compétence médicale du médecin du travail et le cas échéant, des infirmiers placés sous son autorité.

La circulaire du 13 janvier 2004 ajoute que sa mission doit « être placée sous le sceau de l'indépendance aussi bien lors de son accomplissement que de ses conclusions ».

La circulaire du 13 janvier 2004 allant, semble-t-il, au-delà du décret indique que les services de santé et les entreprises peuvent faire appel « pour une **mission temporaire**, via une convention d'objectifs, soit aux trois organismes désignés par la loi, soit à une personne ou un organisme habilité. La circulaire rappelle expressément que cette voie du conventionnement est réservée au seul recours aux IPRP extérieurs dans les cas 2, 3, 4 et 5 de l'article R. 241-1-1.

Une clarification sur ce point est indispensable.

Qu'en est-il dans la pratique ?

Pour les IPRP personnes physiques, on notera les points saillant suivants (*d'après le tableau ci-dessous*) :

- la proximité avec l'entreprise (SST autonome, autres services de l'entreprise, SST professionnels) donne généralement lieu à peu de formalisation des demandes d'intervention des IPRP ;
- à l'inverse, les prestataires externes contractualisent de manière plus formelle leurs interventions, directement avec l'entreprise pour les cabinets et IPRP indépendants, et sur la base d'une saisine écrite du médecin du travail pour les IPRP des SST interprofessionnels ;
- il est très rare qu'une convention soit signée avec un organisme de prévention (CRAM, ARACT, OPPBTP). Cette rareté remarquable est certainement une piste à creuser pour développer les interventions d'IPRP externes dans les entreprises petites ou moyennes qui auraient des difficultés à faire intervenir des spécialistes de la prévention, au-delà des prestations que leur fournissent les SST auxquels elles adhèrent.

	Mode de contractualisation entre l'IPRP personne physique et son donneur d'ordre					
Employeur de l'IPRP	lettre de mission	convention avec l'entreprise	saisine écrite du médecin du travail	convention avec un organisme de prévention	les demandes ne sont pas formalisées	autre
SST interprofessionnel	rarement	de temps en temps	le plus souvent	très rarement	de temps en temps	rarement
SST professionnel	assez souvent	de temps en temps	assez souvent	jamais	le plus souvent	rarement
GIE, assoc. ou structure de mutualisation	rarement	le plus souvent	assez souvent	très rarement	très rarement	rarement
SST autonome d'entreprise	assez rarement	rarement	rarement	très rarement	le plus souvent	assez souvent
Autres services dans l'entreprise	assez rarement	très rarement	très rarement	très rarement	le plus souvent	assez souvent
Cabinet conseil	assez souvent	le plus souvent	très rarement	de temps en temps	assez rarement	assez rarement
IPRP indépendant ou expert	assez souvent	le plus souvent	très rarement	de temps en temps	de temps en temps	assez souvent

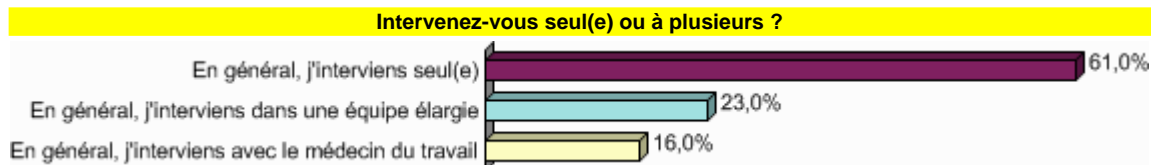
Dans le cas des IPRP personnes morales, on retrouve en général une situation similaire à celle des IPRP indépendants personnes physiques, à savoir une contractualisation directe avec l'entreprise, sans participation formelle du médecin du travail, comme on le voit dans le tableau ci-après :

Mode de contractualisation entre l'IPRP personne morale et son donneur d'ordre						
Type d'organisme	lettre de mission	convention avec l'entreprise	saisine écrite du médecin du travail	convention avec un organisme de prévention	les demandes ne sont pas formalisées	autre
Cabinet conseil ou expert indépendant	assez souvent	le plus souvent	très rarement	jamais	rarement	de temps en temps
Organisme de formation	assez souvent	le plus souvent	très rarement	très rarement	très rarement	de temps en temps
Association	assez souvent	le plus souvent	assez souvent	jamais	de temps en temps	rarement

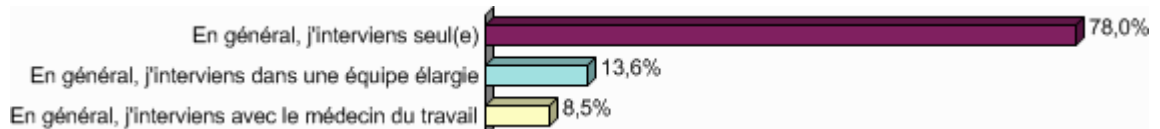
De leur côté, la réponse des personnes morales est homogène avec celle des IPRP personnes physiques que celles-ci emploient, ce qui corrobore la fiabilité des réponses.

7.4. Comment interviennent les IPRP dans les entreprises ?

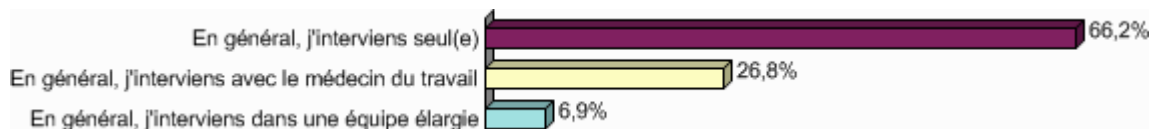
Près des deux-tiers des IPRP personnes physiques interviennent seuls, et seulement 16% interviennent avec le médecin du travail :



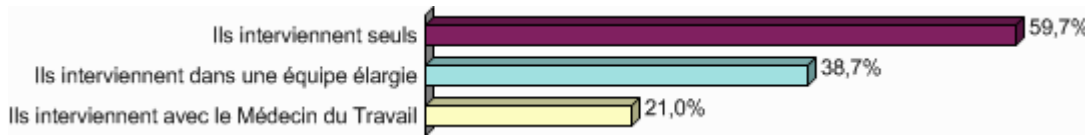
Ces tendances globales varient légèrement. Les indépendants interviennent deux fois moins que la moyenne avec le médecin du travail, et effectuent leurs missions en solo pour 78% d'entre eux :



alors que 27% des salariés de SST interprofessionnels interviennent en général en équipe avec le médecin du travail :



La situation est globalement similaire pour les IPRP personnes morales, dont près des deux-tiers des intervenants interviennent seuls, seulement un sur cinq avec le médecin du travail, mais 38,7% dans une équipe élargie :

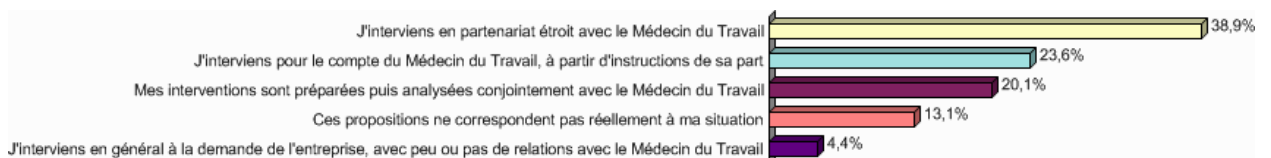


En conclusion, concernant l'organisation des interventions, on pourra donc dire qu'une forme de pluridisciplinarité "collaborative de terrain" est effectivement mise en place dans $100\% - 61\% = 39\%$ des cas pour les IPRP personnes physiques et $100\% - 59,7\% = 40,3\%$ des cas pour les intervenants (IPRP ou pas) des organismes habilités IPRP.

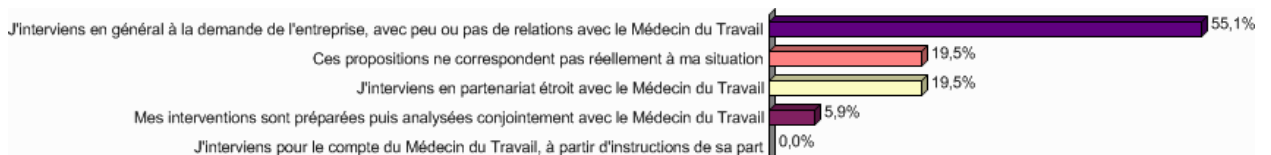
Dans les monographies, il apparaît que les IPRP interviennent souvent seuls, jamais avec le médecin du travail, parfois avec des acteurs internes de la prévention.

7.5. Quels liens s'établissent entre IPRP et médecins du travail sur le terrain ?

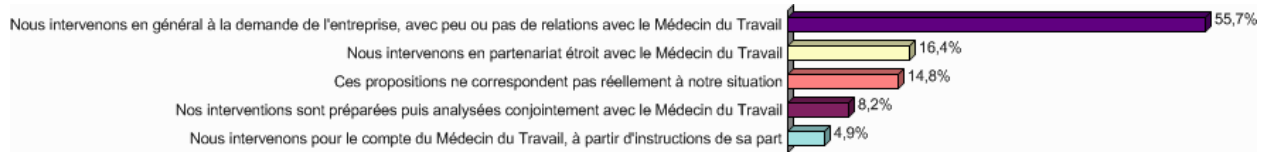
Dans les SST interprofessionnels, les IPRP considèrent leur lien avec le médecin du travail plutôt comme une relation de partenariat étroit (39% des réponses) que comme une subordination (24%), mais seulement 20% des répondants indiquent qu'ils préparent puis analysent conjointement leurs interventions avec le médecin du travail.



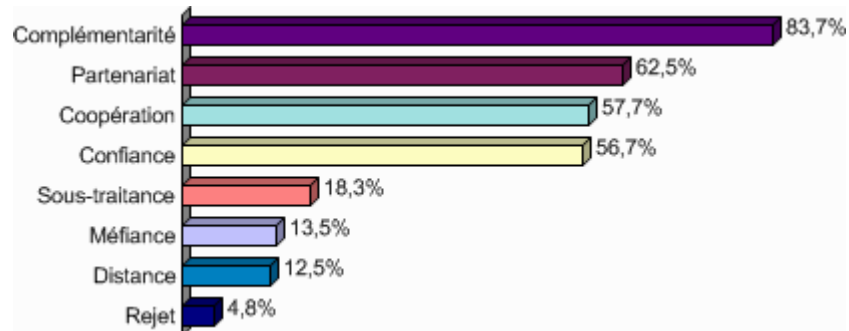
A l'inverse, les IPRP indépendants interviennent pour 55% d'entre eux à la demande de l'entreprise, avec peu ou pas de relations avec le médecin du travail. Seulement 20% d'entre eux déclarent intervenir en partenariat étroit avec le médecin du travail, et un très faible 6% confirment préparer puis analyser leurs interventions avec le médecin du travail.



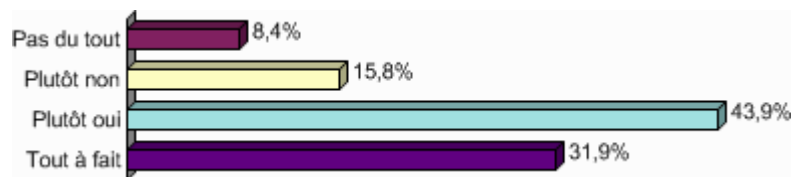
Une situation similaire caractérise les liens entre les IPRP personnes morales et les médecins du travail, ces derniers n'intervenant que marginalement dans les interventions des IPRP, dans la préparation des missions, et dans l'analyse des résultats :



Pour obtenir une perspective croisée, nous avons demandé aux directeurs de SST, parmi plusieurs qualificatifs, lesquels caractériseraient le mieux les interactions entre les IPRP et les médecins du travail, dans leur expérience quotidienne ? Ils confirment largement, pour ce qui concerne leur personnel IPRP, les liens de complémentarité, de partenariat et de coopération qui unissent les IPRP aux médecins du travail.



Interrogés sur le même thème, les trois-quarts des IPRP personnes physiques confirment bénéficier d'une bonne collaboration avec les médecins du travail :



Pouvons-nous en déduire que la pluridisciplinarité progresse, sur la base des bonnes relations de complémentarité et de collaboration qui sont rapportées par les acteurs interrogés ?

Au regard de ces résultats, on peut avancer l'idée que les coopérations pluridisciplinaires actives impliquant les médecins du travail seraient potentiellement engendrées au sein des structures favorisant le rapprochement des acteurs, en l'occurrence les SST interprofessionnels, professionnels, autonomes, les structures mutualisantes et les services d'entreprises liés à la sécurité et à la santé. A l'inverse, il n'y aurait pas rapprochement actif des médecins du travail et des cabinets conseil et des experts indépendants, en particulier en ce qui concerne les demandes faites directement par les entreprises aux IPRP.

Cette vision des choses est probablement théorique, et dans les organisations favorisant structurellement le rapprochement des acteurs, l'efficacité des interactions entre médecins du travail et IPRP n'est peut-être pas à la hauteur des affichages. Cet affichage pourrait essentiellement être une réponse aux contraintes réglementaires, conditionnant en particulier le renouvellement des agréments.

On pourrait aussi faire l'hypothèse que les demandes d'intervention de spécialistes de la part des entreprises, que ces spécialistes soient d'ailleurs habilités ou pas,

constituent une réelle mise en œuvre de la pluridisciplinarité sur le terrain, hors de toute contrainte réglementaire, le médecin du travail étant dans ce cas souvent "hors du coup".

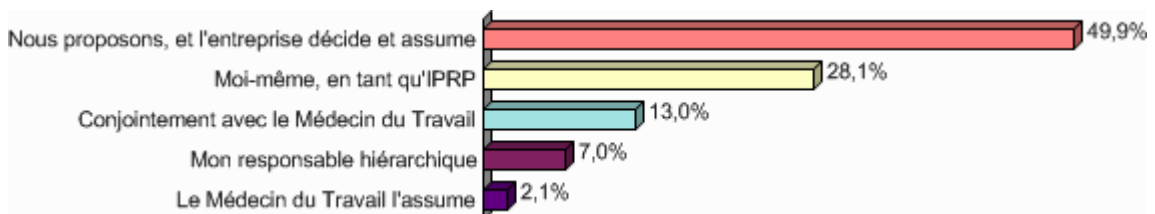
Dans la plupart des études réalisées sur le terrain, il apparaît que l'organisation de la pluridisciplinarité au sein des services de santé interentreprises fait l'objet :

- *soit d'une charte, celle-ci ayant été réalisée par un groupe de médecin du travail et les IPRP du service pour définir les modalités de travail et de collaboration entre les différents acteurs ainsi que les principes généraux d'une intervention pluridisciplinaire (cas relaté pour le SST qui suit le laboratoire d'analyses médicales),*
- *soit de procédures formalisant l'engagement d'une intervention des IPRP (cas relatés dans une entreprise de service automobile, une entreprise de travaux publics, et une entreprise de pneumatique). Dans le SST qui suit l'entreprise de pneumatique, la procédure d'engagement d'une intervention pluridisciplinaire est formalisée dans le cadre de la certification ISO du service.*

Par contre, dans les services de santé autonome (une entreprise de sidérurgie, une entreprise de la pétrochimie), les actions pluridisciplinaires ne font pas l'objet de procédures particulières, elles paraissent intégrées dans le fonctionnement des services.

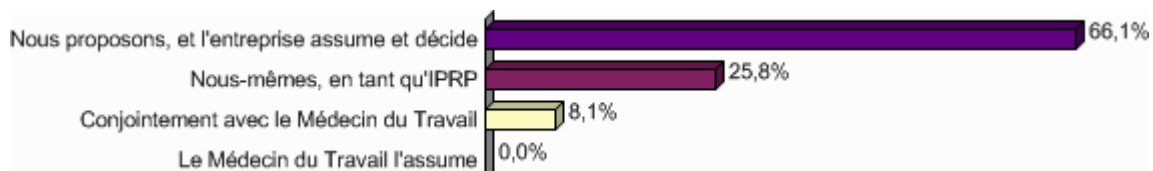
7.6. Qui assume la responsabilité des préconisations ?

S'agissant de savoir qui prend la responsabilité des préconisations faites par les IPRP personnes physiques, ceux-ci répondent de manière très claire que c'est d'abord l'entreprise qui décide et assume, sur la base des propositions qu'ils soumettent :



Le médecin du travail reste généralement dans son rôle de conseil, mais pour 13% des répondants en moyenne il assume néanmoins conjointement la responsabilité avec l'IPRP personne physique, ces 13% pouvant être éclatés en 25% pour les IPRP de SST interprofessionnels, et seulement 7% pour les IPRP indépendants, qui n'interagissent globalement pas avec le médecin du travail quant à leurs préconisations.

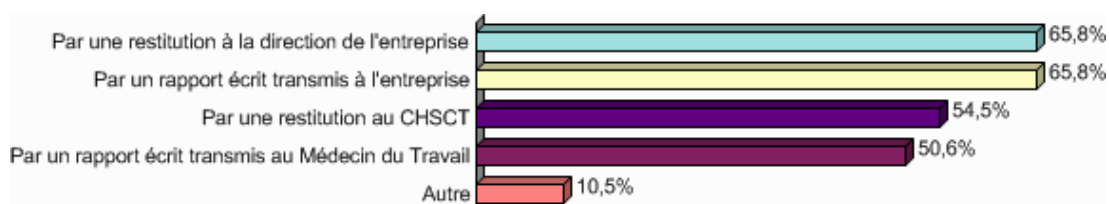
La position est encore plus marquée en ce qui concerne les IPRP personnes morales, pour lesquels c'est l'entreprise ou eux-mêmes qui assument la responsabilité des préconisations (66%), le médecin du travail jouant à ce niveau un rôle très marginal.



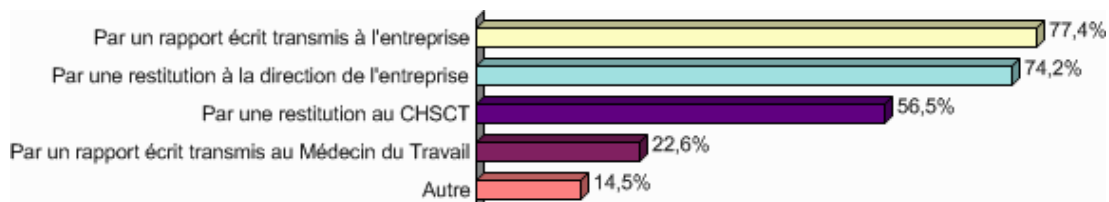
7.7. Comment s'effectue la restitution des résultats ?

7.7.1. Modes de restitution

Les interventions des IPRP personnes physiques sont restituées à la direction et font l'objet d'un rapport transmis à l'entreprise dans 65 % des cas :



Pour les personnes morales, la transmission d'un rapport écrit à l'entreprise et la restitution à la direction sont plus fréquentes. Par contre, seulement 22 % des personnes morales déclarent restituer au médecin du travail alors que la moitié des personnes physiques le font :



Le fait d'être expert auprès des CHSCT semble influencer sur les pratiques des IPRP puisqu'ils sont 85 % à restituer les résultats de leurs interventions auprès du CHSCT de l'entreprise, 78 % à restituer à la direction et à remettre un rapport écrit à l'entreprise et 42 % à remettre un rapport au médecin du travail.

Dans les monographies, on remarque que les rapports rédigés par les IPRP des services de santé interentreprises ou des structures mutualisantes sont d'abord transmis au médecin du travail pour avis, validation, voire discussion. D'un un cas, le rapport remis à l'entreprise est co-signé par le médecin et l'IPRP (voir annexe 3 : un laboratoire d'analyses médicales).

7.7.2. Personnes présentes lors des restitutions

Les écarts entre personnes physiques et personnes morales ne sont pas très significatifs hormis une présence plus importante du médecin du travail lorsque l'intervention est réalisée par une personne physique.

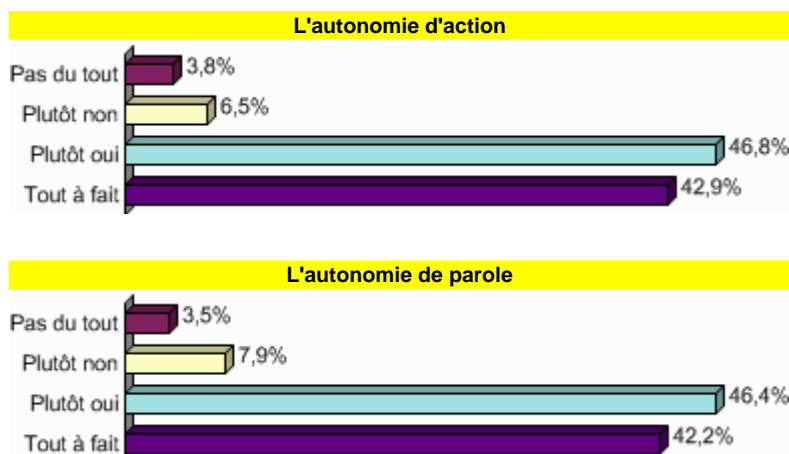
	Personnes physiques	Personnes morales
Direction de l'entreprise	90 %	87 %
CHSCT	69 %	71 %
Médecin du travail	69 %	50 %
IPRP lui-même	91 %	90 %
Autres IPRP	14 %	5 %

Lorsque l'IPRP est salarié d'un service de santé au travail, le médecin du travail est toujours présent à la restitution. Par contre, l'IPRP ne l'est pas toujours.

7.8. Quelle information entre les IPRP et les autres acteurs ?

7.8.1. Autonomie d'action et de parole

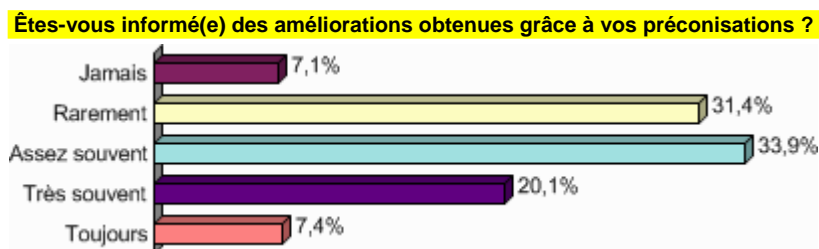
Tout d'abord, nous avons demandé aux IPRP s'ils considèrent disposer d'autonomie d'action et de parole suffisantes pour mener à bien leurs interventions. Les réponses sont très claires : près de 90% des répondants affirment avoir plutôt une bonne, voire une très bonne autonomie d'action et de parole. A ce titre, l'information "montante" de l'IPRP personne physique vers l'entreprise ou le médecin du travail passe bien.



Pour les IPRP personnes morales, 96% des répondants affirment avoir plutôt une bonne, voire une très bonne autonomie d'action et de parole. Et c'est également l'avis de la totalité des IPRP experts auprès des CHSCT.

7.8.2. L'information des IPRP sur les suites données à leurs préconisations

Par contre, tous les IPRP ne bénéficient pas du même niveau d'information "descendante" quant aux améliorations résultant de la mise en œuvre de leurs préconisations. En effet, 31,4% des IPRP personnes physiques indiquent qu'ils sont rarement informés de ces résultats et 7,1% jamais informés :



Si nous regardons dans le détail à quels organismes appartiennent les IPRP qui ne sont "jamais" ou "rarement" informés des améliorations obtenues grâce à leurs préconisations, nous trouvons en tête de liste plus de la moitié des IPRP employés par des SST interprofessionnels (55% de l'effectif total de cette catégorie). Viennent ensuite les "autres" IPRP de statuts divers, à 46% jamais ou rarement informés, puis les consultants indépendants et les experts (40%), dont une forte proportion indique n'être jamais informés (13%).

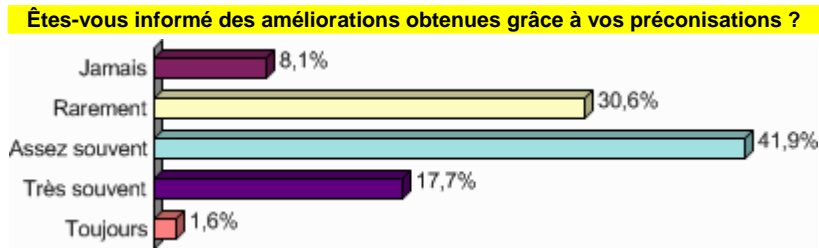
A l'inverse, les IPRP d'entreprise (SST autonomes ou autres services), déclarent être bien informés en général.

Le tableau ci-dessous est explicite à cet égard :

Quels IPRP ne sont <u>jamais ou rarement</u> informés des améliorations obtenues grâce à leurs préconisations ?	Jamais	Rarement	Total
Un service de santé au travail interprofessionnel	5%	50%	55%
Autre	14%	32%	46%
Je suis consultant indépendant ou expert habilité en tant que personne physique	13%	27%	40%
Un GIE, association, structure de mutualisation...	13%	22%	35%
Un Cabinet Conseil	4%	27%	31%
Un service de santé au travail professionnel	0%	29%	29%
Je suis expert agréé auprès des CHSCT	0%	29%	29%
J'appartiens à un service autre que le service de santé au sein d'une entreprise	6%	10%	16%
Un service de santé autonome au sein d'une entreprise	2%	7%	9%

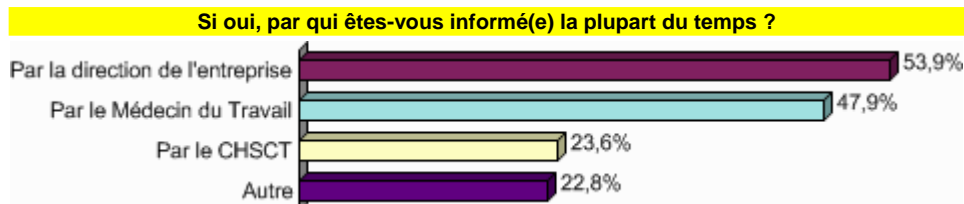
A une question similaire posée quant à la mise à jour du Document Unique suite aux préconisations des IPRP personnes physiques, 23,5% des répondants indiquent ne pas savoir la suite donnée à leurs investigations.

Pour les IPRP personnes morales, les pourcentages caractérisant une information insuffisante sont significatifs, avec respectivement 30,6% rarement informés, et 8,1% qui déclarent n'être jamais informés, soit 38,7% au total :

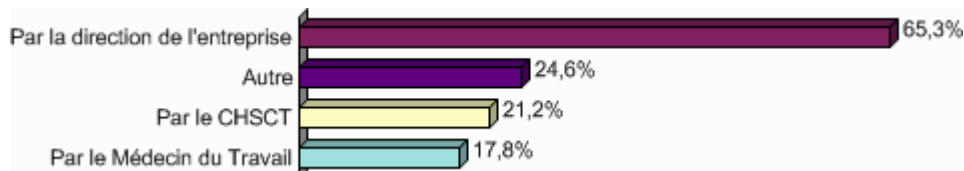


7.8.3. Les sources d'information

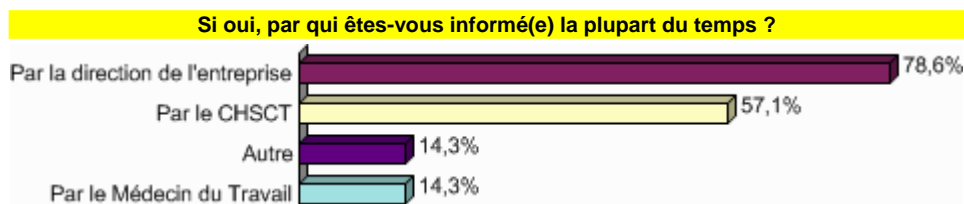
Lorsque l'information est effectivement transmise aux IPRP — en contrepoint à ce rôle apparemment secondaire du médecin du travail quant au fait d'assumer la responsabilité des préconisations faites par l'IPRP — le médecin du travail est présent dans la boucle d'information (47,9%), juste après la direction de l'entreprise (53,9%) quand il s'agit d'informer les IPRP personnes physiques des améliorations obtenues grâce à leurs préconisations :



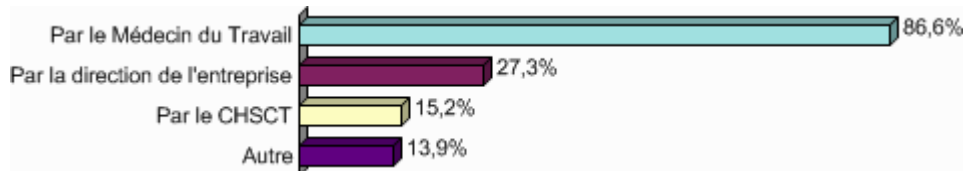
Ces moyennes masquent néanmoins des situations très contrastées, selon qu'il s'agit par exemple d'IPRP personnes physiques indépendants, informés principalement par l'entreprise (65,3%) :



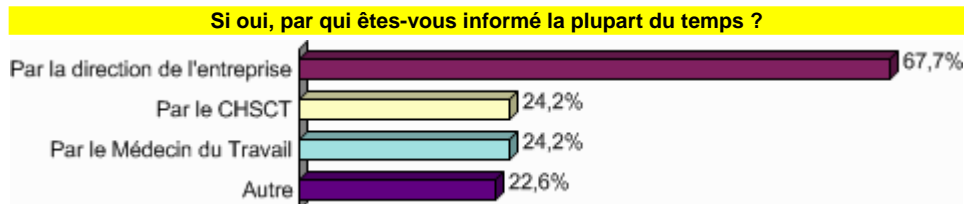
ou lorsque l'IPRP est également expert auprès des CHSCT, informé principalement par l'entreprise et le CHSCT :



ou dans le cas d'IPRP appartenant à un SST, qui sont informés principalement par le médecin du travail (86,6%) :



Dans le cas des IPRP personnes morales qui se déclarent effectivement informées, c'est la direction de l'entreprise qui informe l'IPRP dans deux tiers des cas, et le médecin du travail est moins souvent présent dans la boucle d'information (24,2%), comme l'attestent les réponses suivantes :



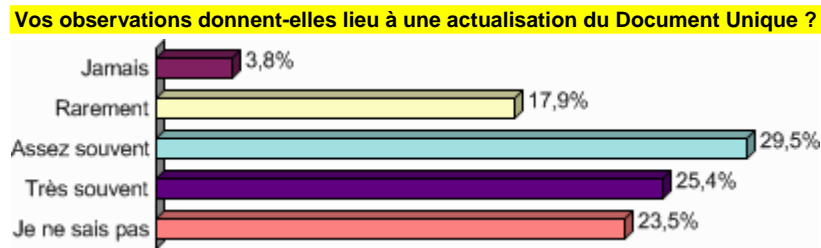
Du point de vue de l'information, en tant qu'élément de base pour le fonctionnement de la pluridisciplinarité, on pourra donc distinguer trois grandes catégories de situations :

- les services de santé interentreprises interprofessionnels intégrant des IPRP et des médecins du travail, dont certaines semblent avoir mis en place des boucles d'information directe entre les médecins et les IPRP personnes physiques, mais qui sont perçues comme efficaces dans seulement 45% des cas. Par contre, dans les services de santé professionnels, les IPRP semblent mieux informés (71 %) ;
- les organismes externes de prestation de service, unipersonnels ou sociétés, avec lesquelles l'entreprise établit une relation privilégiée, le médecin du travail jouant beaucoup moins dans ce cas un rôle de pivot. La boucle d'information est perçue comme étant efficace par 60 à 70% des répondants ;
- les services d'entreprises dans lesquels l'information semble bien circuler dans 80 à 90% des cas.

On peut avancer l'idée que **l'efficacité des boucles de retour d'information vers les IPRP**, au-delà de la simple déclaration de bonne coopération entre les acteurs, **est une des conditions du développement de la pluridisciplinarité dans des organisations apprenantes**, et qu'à ce titre notamment **les SST interprofessionnels ont une marge de progression importante à exploiter**.

7.9. L'actualisation du Document Unique suite à l'intervention d'un IPRP

En ce qui concerne les IPRP personnes physiques, dans plus de la moitié des cas (29,5% + 25,4% soit 54,9%), la tendance est à la mise à jour du Document Unique suite à leurs préconisations :



Par contre, nous voyons dans ce graphe que dans $17,9\% + 3,8\% = 21,7\%$ des cas, les observations de l'IPRP ne donnent pas vraiment ou pas du tout lieu à une actualisation du DU.

Les 137 IPRP personnes physiques qui déclarent que leurs préconisations ne donnent "jamais" ou "rarement" lieu à une mise à jour du DU ¹⁶ ont comparativement aux 346 IPRP qui répondent "assez souvent" ou "très souvent" ont les profils suivants :

- ✓ ils sont proportionnellement plus nombreux dans des SST interentreprises (+15 points),
- ✓ ils sont moins "généralistes" et plus "techniciens de terrain". Ceci se vérifie aussi pour les spécialités en intervention.
- ✓ c'est plus souvent le médecin du travail qui est à l'origine de leurs missions, qui sont d'ailleurs plus souvent contractualisées par une saisine écrite de celui-ci (+13 points)
- ✓ ils participent un peu moins à la définition de la demande
- ✓ leurs préconisations sont beaucoup moins mises en œuvre par les entreprises (-23 points)
- ✓ et ils sont en moyenne "rarement" informés des résultats de leurs préconisations. Lorsqu'ils le sont, c'est plus par le médecin du travail (+13 points) que par la direction de l'entreprise (-31 points).

Sur les 10 études de terrain, dans deux cas seulement le Document Unique semble avoir été mis à jour à la suite de l'intervention de l'IPRP. Dans le laboratoire d'analyses médicales, l'IPRP a elle-même aidé la direction à le faire évoluer.

¹⁶ Nous avons laissé de côté ceux qui répondent qu'ils ne savent pas, ceci faisant plutôt l'objet du paragraphe sur les circuits d'information.

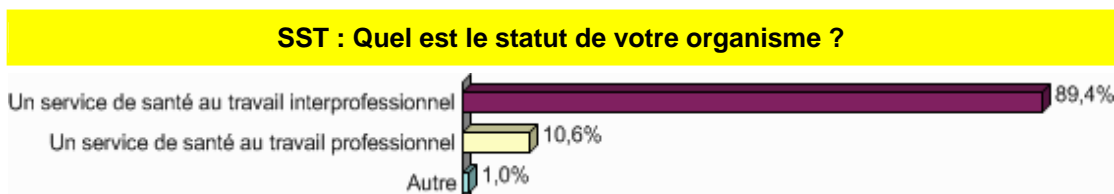
8. L'adéquation des ressources des Services de Santé au travail aux besoins des entreprises

Pour les besoins de certaines analyses, nous avons réparti arbitrairement les services de santé au travail en trois classes selon leur effectif : les "petits" SST (jusqu'à 29 salariés), les "moyens" (de 30 à 89 salariés) et les "grands" (90 salariés et plus).

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Nombre de SST	48	35	21

8.1. Profils des SST qui ont répondu au questionnaire

Les 104 SST ayant répondu à l'enquête sont essentiellement des SST interprofessionnels (pour 89,4% d'entre eux). La réponse « autre » correspond à un GIE du Nord qui emploie 120 personnes.



Voici la répartition des types d'organismes en fonction des classes d'effectif :

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Statut	39 interprofessionnels et 10 SST professionnels	34 interprofessionnels et 1 SST professionnels	20 interprofessionnels et 1 autre (il s'agit d'un GIE dans le Nord)

On remarque que les SST professionnels qui ont répondu font en majorité partie de la classe "petits SST".

Les SST de 52 départements ont répondu, parmi lesquels les contingents les plus importants se trouvent dans les 6 départements suivants :



Les SST interviennent majoritairement dans le département dans lequel ils sont localisés, avec quelques exceptions en Île-de-France, en Rhône-Alpes et en Lorraine, où les SST interviennent aussi dans les départements limitrophes.

Les caractéristiques des entreprises adhérentes et celles dans lesquelles les IPRP interviennent sont les suivantes :

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Les entreprises adhérentes	essentiellement des TPE, quelques PME, quelques GE et pas du tout de TGE	essentiellement des TPE, quelques PME, quelques GE et presque pas du tout de TGE	essentiellement des TPE, quelques PME, quelques GE et TGE
Dans quels secteurs	la plupart dans l'industrie et les services, quelques unes dans le BTP, presque aucune dans le secteur agricole	la plupart dans l'industrie et les services, quelques unes dans le BTP, presque aucune dans le secteur agricole	la plupart dans l'industrie et les services, quelques unes dans le BTP, presque aucune dans le secteur agricole
Les entreprises dans lesquelles ils interviennent	assez souvent dans les TPE et PME, rarement dans les GE, et jamais dans les TGE	assez souvent dans les TPE et PME, rarement dans les GE, et presque jamais dans les TGE	très souvent ou assez souvent dans les TPE et PME, de temps en temps dans les GE et TGE
CHSCT dans les entreprises où ils interviennent ?	46% des répondants indiquent qu'il n'y a jamais ou rarement de CHSCT	23% des répondants indiquent qu'il n'y a jamais ou rarement de CHSCT	29% des répondants indiquent qu'il n'y a jamais ou rarement de CHSCT

Seuls les plus gros SST ont comme adhérents des grandes ou très grandes entreprises, en général

Les moyens ou gros SST ont comme adhérents une plus grande proportion d'entreprises qui ont des CHSCT, ce qui veut dire que les petits SST interviennent proportionnellement plus dans les TPE.

8.2. Ratios IPRP / médecins du travail / entreprises

Globalement, les SST ayant participé à l'enquête servent **635 840 entreprises employant 6 067 385 salariés**. Ces SST emploient 2 132 médecins du travail et 177 IPRP, soit un ratio de :

- 1 IPRP pour 12 médecins du travail,
- ou encore de 1 IPRP employé par le SST pour 34 279 salariés suivis ou 3 592 entreprises adhérentes.

Le détail des ratios figure dans le tableau ci-dessous :

Enquête SST – RATIOS	Moyenne des répondants	Ratios SST Pro	Ratios SST interpro	Ratios Autre
Nombre d'entreprises suivies par Médecin du travail	298	452	297	171
Nombre d'entreprises suivies par IPRP salarié des SST	3 592	1 806	3 702	Pas d'IPRP
Nombre de salariés suivis par médecin du travail	2 846	3 359	2 837	2 571
Nombre de salariés suivis par IPRP	34 279	13 435	35 407	Pas d'IPRP
Nombre de médecins du travail pour un IPRP salarié de l'organisme	12,0	4,0	12,5	Pas d'IPRP
Nombre de médecins du travail pour une assistante	2,8	3,7	2,7	14,0
Nombre de médecins du travail pour un IPRP mutualisé	23,4	5,1	29,1	10,0
Ratio effectif total de l'organisme / nombre de médecins du travail	2,6	2,9	2,5	2,9

Ces ratios amènent au questionnement suivant :

Peut-on parler de pluridisciplinarité effective dans les SST lorsqu'un seul IPRP devrait assister les médecins du travail dans 3 592 entreprises totalisant en moyenne 34 279 salariés ?

Même en comptant quelques IPRP mutualisés (0,04 par médecin du travail) et un certain appel à des IPRP externes, recours au demeurant assez faible, la tâche est colossale. Il est donc probable que les entreprises ne faisant pas elles-mêmes directement appel à des intervenants en santé au travail, habilités ou pas, bénéficient de très peu d'interventions pluridisciplinaires.

Ces ratios sont cependant à pondérer par la présence des IST (intervenants en santé au travail : assistantes médicales, infirmier(e)s), non habilités, qui sont également partie prenante de la pluridisciplinarité en santé au travail.

Pour les SAST, il s'agit d'un nouveau statut né avec la réforme des services de santé au travail. Il constitue une promotion pour les secrétaires médicales qui ont suivi cette évolution.

Dans la monographie « une entreprise de pneumatique » on découvre que la formation de ces personnes leur permet d'intervenir dans différents domaines : le bruit, l'ergonomie, l'aide à l'évaluation des risques, la fiche d'entreprise. Le service de santé au travail qui suit l'entreprise de service automobile et qui est le plus gros SST de la métropole emploie 75 médecins du travail et 17 SAST qui interviennent sous le contrôle des médecins du travail et des IPRP du GIE. Ces SAST réalisent diverses prestations comme l'information aux nouveaux embauchés, l'aide à l'élaboration de la fiche d'entreprise, l'évaluation des risques, la métrologie et l'aménagement des postes de travail.

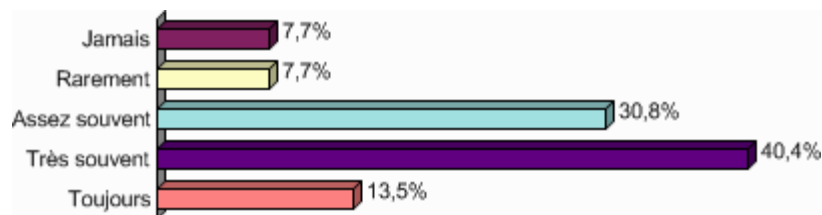
Le concept d'IST est beaucoup plus ancien que celui d'IPRP, et c'est une des raisons pour lesquelles à certains endroits, comme dans l'entreprise de pneumatique visitée, les pratiques pluridisciplinaires existaient bien avant la réforme et avant la formation des SAST et l'embauche d'IPRP.

Au sein du service de santé qui suit l'entreprise de tissage de textile, les IST interviennent pour la prévention tabagisme, la formation gestes et postures, la formation aux premiers secours, l'aide et la formation à l'évaluation des risques professionnels.

8.3. L'adéquation des ressources des SST aux besoins des entreprises

8.3.1. Ressources internes

Nous avons demandé aux directeurs de SST s'ils considèrent avoir **les ressources en interne pour répondre aux besoins des entreprises**. Globalement, 84,7% des répondants confirment avoir assez souvent, très souvent ou toujours les ressources au sein du service :



En général, le nombre d'IPRP internes, salariés, croit avec l'effectif du SST, mais avec des exceptions parmi les gros SST, dont trois en ont zéro ou un :

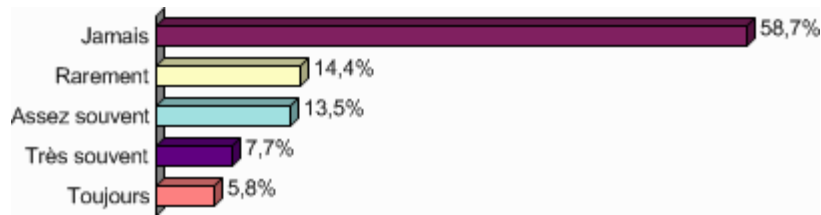
	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
IPRP salariés ?	18 n'en ont pas, 24 en ont 1, 4 en ont 2, 1 en a 3 et 1 en a 4	2 n'en ont pas, 12 en ont 1, 10 en ont 2, 9 en ont 3, 2 en ont 4	2 n'en ont pas, 1 en a 1, 7 en ont 3, 8 en ont 4, 3 en ont 5 et plus

C'est le médecin du travail qui déclenche les interventions des IPRP internes dans la majorité des cas.

8.3.2. Ressources mutualisées

Certains SST, mais pas tous, disposent dans leur périmètre géographique d'une **structure de mutualisation de ressources**, qu'elle soit une association, un GIE ou toute autre forme juridique destinée à offrir des prestations que chaque SST, individuellement, ne pourrait pas forcément justifier dans sa structure.

Une proportion de 27,0% des répondants déclare recourir assez souvent, très souvent ou toujours à ces structures. Notons qu'une majorité de 73,1% fait rarement ou jamais appel aux services de structures mutualisantes :



Le recours à la mutualisation est inversement proportionnel à la taille du SST et le recours à des ressources mutualisées ou externes est l'exception pour les moyens ou gros SST, légèrement plus fréquent pour les petits SST :

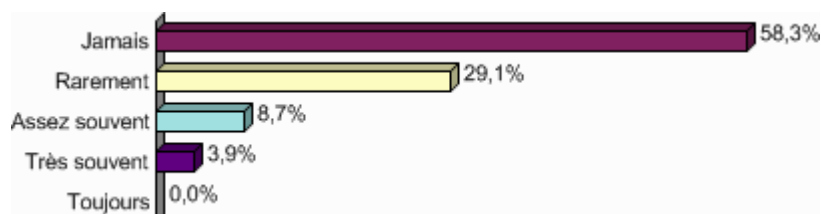
	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Effectif mutualisé ?	oui pour 50%, non pour 50%	oui pour 29%, non pour 71%	oui pour 19%, non pour 81%
Recours à ressources mutualisées ?	57% ne le font que rarement, ou jamais	86% ne le font que rarement, ou jamais	86% ne le font que rarement, ou jamais

Dans les enquêtes de terrain, les trois services de santé qui recourent à une structure mutualisante se trouvent dans la région Nord Pas de Calais. Deux d'entre elles recourent à la même structure, un G.I.E. auquel adhèrent 14 services de santé. Les prestations proposées par ce G.I.E. sont la radiographie, le numérique, l'ergonomie, la métrologie, la psychologie, la diététique, le secourisme et les gestes et postures.

Pour autant, cela ne paraît pas empêcher les services de santé qui y adhèrent d'avoir recours à d'autres IPRP. C'est le cas du service qui suit l'entreprise de tressage de textile qui a conventionné avec un IPRP indépendant pour des prestations à la vacation. L'autre structure mutualisante, qui est également un G.I.E, propose des prestations portant sur l'accompagnement psychologique, l'alcoolologie et autres dépendances, l'épidémiologie, l'ergonomie, la métrologie, la toxicologie, et l'accompagnement social).

8.3.3. Ressources externes

Enfin, troisième gamme de ressources, **les IPRP externes** : 87,4% des répondants y font rarement ou jamais appel.



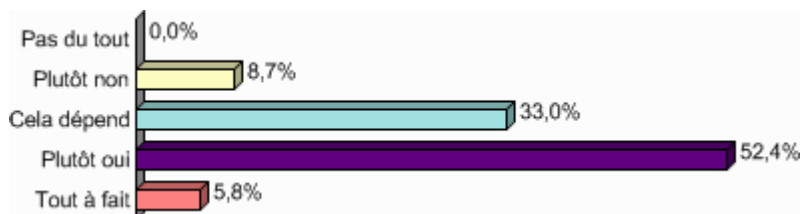
Lorsqu'il y a appel à l'extérieur, ce qui est néanmoins apparemment très rare, la direction du SST le fait conjointement avec les médecins du travail, ou seule :

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Recours à des IPRP externes ?	77% ne le font que rarement, ou jamais	97% ne le font que rarement, ou jamais	95% ne le font que rarement, ou jamais
Qui prend la décision de faire intervenir un IPRP ? (outre les entreprises elles-mêmes)	Le médecin du travail seul pour les IPRP internes, et avec la direction pour les IPRP externes	Le médecin du travail seul pour les IPRP internes, avec la direction pour les IPRP externes, mais aussi la direction seule dans ce cas	Le médecin du travail seul pour les IPRP internes, et soit la direction pour les IPRP externes, soit le médecin du travail, à égalité de citations

Est-ce du fait du plafond de financement mobilisable, ou de l'absence d'expression des besoins, ou encore par méconnaissance de l'offre, que les SST font très peu appel à des IPRP externes ?

Il semble tout d'abord qu'une majorité de dirigeants de SST (58,2%) considèrent que les ressources qu'ils peuvent mobiliser, internes ou externes, sont suffisantes pour couvrir les besoins des entreprises :

A votre avis, les besoins des entreprises sont-ils couverts par les ressources que vous pouvez mobiliser, en interne et en externe ?



Par contre, 8,7% déclarent que leurs ressources accessibles ne sont plutôt pas suffisantes, et 33% indiquent que l'adéquation ressources / besoins dépend des situations.

Du point de vue de la taille du SST, à partir de 30 salariés, plus de 90% des SST considèrent avoir les ressources propres suffisantes pour couvrir les besoins des adhérents. Les plus petits SST sont plus sensibles à leurs limites :

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Les besoins des entreprises sont-ils couverts par les ressources mobilisables ?	Seulement 15% des répondants disent plutôt non	Seulement 3% des répondants disent plutôt non	Seulement 5% des répondants disent plutôt non

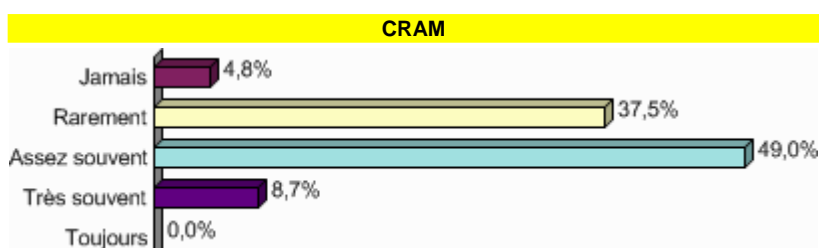
Dans les commentaires apportés par les SST à cette question (*voir les verbatims des SST en annexe 1*), divers points de vue se profilent entre ceux qui disent que les entreprises n'expriment pas de besoins et ceux pour qui les demandes se font de plus en plus massives. La remarque suivante nous semble à cet égard intéressante à relever : « *Il faudrait différencier les besoins réels des entreprises et les besoins exprimés par les entreprises vis-à-vis de leurs services de santé au travail. Les*

besoins exprimés aux Services sont généralement satisfaits en interne ou en externe. Mais ces demandes sont loin de recouvrir les besoins réels en prévention des risques professionnels qui ne font l'objet d'aucune demande ».

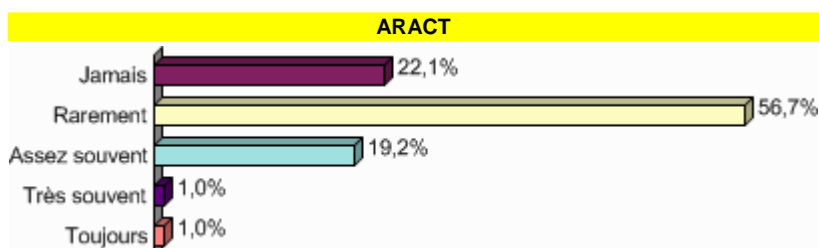
8.4. Le recours des services de santé au travail aux organismes de prévention

D'après les réponses à l'enquête en ligne, c'est essentiellement vers la CRAM que les SST se tournent pour développer des actions conjointes. Il semble que les autres organismes soient moins souvent approchés, comme le montrent les graphes suivants. "En ce qui concerne notre SST, nous faisons appel..." :

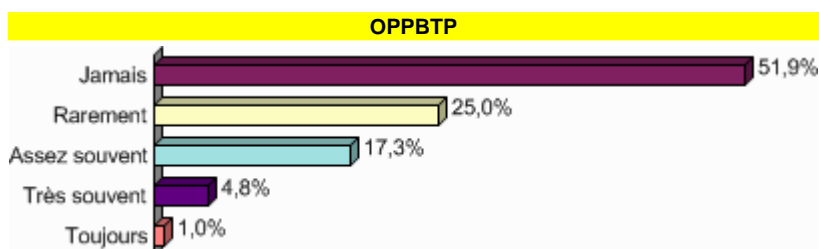
- assez souvent à la CRAM :



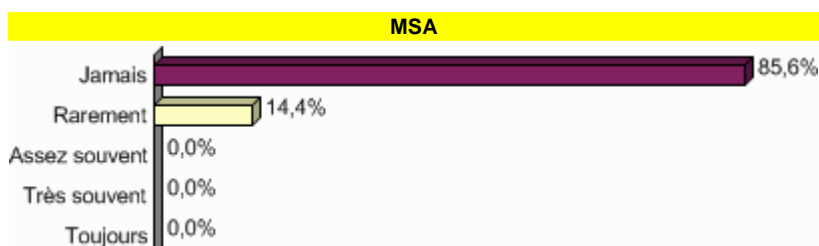
- rarement à l'ARACT :



- rarement à l'OPPBTP :



- jamais à la MSA :



Les réponses ne sont pas sensiblement différentes quand la taille du SST varie :

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Appel à des organismes ?	Assez souvent à la CRAM, rarement à l'ARACT, très rarement à l'OPPBTP, jamais à la MSA	De temps en temps à la CRAM, rarement à l'ARACT, assez rarement à l'OPPBTP, presque jamais à la MSA	De temps en temps à la CRAM, très rarement à l'ARACT, presque jamais à l'OPPBTP, jamais à la MSA

Là encore, les études de terrain nous amènent à nuancer ces résultats pour deux raisons. Tout d'abord, même s'ils ne font pas appel à ces organismes pour intervenir dans les entreprises, certains médecins du travail disent participer à des réseaux notamment avec la CRAM et l'ARACT. D'autre part, la CRAM, l'ARACT et l'OPPBTP, mais certainement aussi la MSA, peuvent être sollicités directement par les entreprises. Dans le cas de l'entreprise de travaux publics, l'intervention de la CRAM puis celle de l'OPPBTP a été initiée par le chef de l'entreprise et le médecin du travail s'y est rattaché ensuite.

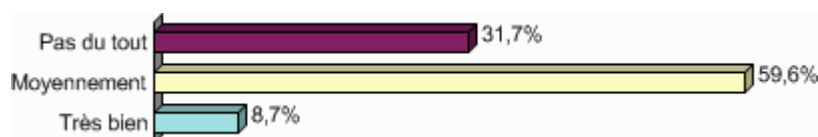
8.5. La connaissance de l'offre de service

Pour faire face à des besoins dépassant les ressources propres que peuvent mobiliser les SST, l'identification préalable des prestataires externes spécialisés qui pourraient compléter l'offre de service du SST constitue un facteur de réussite.

Nous avons demandé aux directeurs de SST s'ils connaissaient l'offre de service locale.

Seuls 8,7% des répondants déclarent très bien la connaître, contre 91,3% ne la connaissant pas du tout ou pas très bien, comme en atteste de manière préoccupante le graphique suivant :

En dehors des IPRP présents dans votre service ou dans la structure mutualisante (GIE...) à laquelle vous faites appel, connaissez-vous l'offre de service IPRP de votre secteur s'agissant de cabinets conseil et de consultants / experts indépendants ?



Une minorité de SST déclare très bien connaître l'offre de service externe. Les gros SST semblent un peu mieux que les autres "moyennement" la connaître...

	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Connaissance de l'offre externe	35% pas du tout, 54% moyennement, 10% très bien	40% pas du tout, 57% moyennement, 3% très bien	10% pas du tout, 76% moyennement, 14% très bien

8.6. La stratégie de développement de l'offre de service des SST

Pourtant, et c'est encourageant, 62.5% des SST déclarent avoir une stratégie explicite de développement de l'offre de service IPRP envers les entreprises adhérentes :

Avez-vous une politique explicite ou une stratégie de développement de l'offre de service IPRP envers les entreprises adhérentes ?



	Jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Politique explicite de développement de l'offre de service IPRP ?	un sur deux en a une	74% oui, 26% non	71% oui, 29% non

Les verbatims recueillis semblent toutefois indiquer que la stratégie de développement de l'offre de service, lorsqu'elle existe, se rapporte quasi exclusivement aux prestations internes que le SST peut offrir avec ses propres ressources, sans référence à des prestations sous-traitées éventuelles, d'ailleurs mal connues.

Par ailleurs, la majorité des SST considère bien mettre en œuvre la pluridisciplinarité, avec néanmoins un peu plus d'hésitations sur l'affirmation en ce qui concerne les plus petits SST.

9. Les points de vue des principaux acteurs rencontrés

Notre objectif n'a pas été de relater ici de manière exhaustive le point de vue de nos différents interlocuteurs mais d'évoquer les points les plus significatifs ou les idées susceptibles d'orienter l'évolution du dispositif de la pluridisciplinarité.

9.1 Le point de vue des partenaires sociaux

9.1.1. Les organisations syndicales de salariés.

Certains jugent que le bilan est prématuré, «l'espèce l'IPRP n'ayant pas encore pris son envol». La sensibilisation des entreprises n'est pas engagée partout et pas terminée. Ils pensent que beaucoup d'IPRP actuels exerçaient déjà avant la réforme. La visibilité sur les pratiques des SST, tant dans le conventionnement que dans la structure des emplois est faible. Il y a visiblement très peu de remontées de la part des élus CHSCT sur le sujet. Certaines organisations à la suite de la conférence du 4 octobre réunissent leurs syndiqués, acteurs de la prévention et doivent évoquer la question.

Pour les signataires de l'accord du 13 septembre 2000, si **le principe de la pluridisciplinarité est un acquis** autour du pivot que constitue la médecine du travail, ses modalités de mise en œuvre sont critiquées, certains parlant même de « détournement ».

Les syndicats sont également conscients de l'impact de la pénurie médicale (que certains avaient annoncée) et aussi de la nécessaire complémentarité des compétences que supposent dans un environnement de travail complexe et les progrès des connaissances scientifiques non maîtrisables par un seul homme. La CGT, qui n'a pas signé l'accord vu comme une remise en cause de la médecine du travail, partage ces constats.

La question de **l'indépendance de l'IPRP** est un enjeu fort pour les organisations syndicales. C'est pour la CGT la question majeure. La CFTC souhaite un statut de l'IPRP proche de celui des représentants du personnel, de même que la CFE-CGC.

La CFDT s'interroge sur la **pluridisciplinarité « interne » dans les entreprises** qui ne garantit pas l'indépendance des intervenants. En faisant reconvertir en IPRP des fonctionnels de la sécurité, gestionnaires de la sécurité, les employeurs « auraient tordu le cou » à la posture d'un IPRP en position d'alerte, de veille sur les dysfonctionnements en particulier organisationnels, à égale distance de l'employeur, des salariés et de leurs représentants. Dans certaines entreprises, ce contexte rend très difficiles les relations entre médecins du travail et IPRP. **De ce point de vue le rattachement au SST autonome est souhaité a minima.**

La question du **contrôle social** est en effet au centre des préoccupations des organisations syndicales.

Elle porte en particulier sur le **fonctionnement des GIE** où les représentants du personnel sont absents. Si les vertus de la mutualisation sont comprises, il est nécessaire de mettre en place un contrôle social et éviter une forme d'externalisation hors de tout suivi par les représentants des salariés.

Le représentant de la CFTC considère que la forte opacité des conventionnements, seules garanties d'une certaine indépendance de l'IPRP, est préoccupante. De son point de vue, la plupart du temps, les commissions de contrôle et les conseils d'administration (où le personnel n'est pas représenté) ne sont pas consultés. Il souhaite en particulier le développement **du conventionnement** en toute transparence.

Le représentant de la CFE-CGC insiste sur la relative docilité de certains IPRP, sur leur fragilité statutaire et également sur les pressions que les employeurs exercent sur eux.

La question de **la place de l'IPRP par rapport au médecin du travail** fait débat chez nos interlocuteurs.

Le représentant de la CFDT est favorable à l'affirmation du rôle autonome de l'IPRP (en particulier les ergonomes sur l'organisation du travail), intervenant à la demande de l'entreprise (CHSCT-employeur) en dehors d'une nécessaire prescription du médecin du travail. Il ne pense pas que le rattachement au médecin du travail sécurise particulièrement l'IPRP. Celui de la CFE-CGC est attaché à la place prépondérante des médecins du travail dont beaucoup disposent d'une large palette de compétences (60% auraient une formation en ergonomie selon l'inspection médicale du travail). Force Ouvrière souligne les craintes des médecins du travail. Le représentant de la CGT souhaite « déprofessionnaliser » la question et prendre en compte l'intérêt global des salariés au-delà des intérêts particuliers.

Concernant l'habilitation, le représentant de la CFDT critique les différences d'appréciation des collègues, l'habilitation à vie, les habilitations sur la base d'une expérience non démontrée. Il propose une tutelle assurée par les DRTEFP sous le contrôle de la DGT et serait favorable à une formule différente de l'habilitation actuelle :

- abandon de la distinction par grand domaine ou compétences (médicale, technique et organisationnelle) au profit d'une distinction par discipline (ergonomie, psychologie du travail,..)
- définition des types de diplômes de formation initiale ou des professions permettant d'exercer la fonction,
- avec un durcissement des exigences techniques et des critères nationaux définis à partir de la mise au point d'un cahier des charges par discipline.

Il souhaite également que la radiation soit prononcée en cas de non exercice.

Le représentant de la CFTC critique l'habilitation à vie, l'habilitation sur tout le territoire et l'habilitation de droit des trois institutions. Dans ce dernier cas, on a confondu compétences et habilitation, la compétence reconnue ne nécessitant pas l'habilitation obligatoire (cf les experts CHSCT qui auraient dans ce cas aussi dû être habilités de droit).

Le représentant de la CGT souhaite une rigueur accrue en matière d'habilitation et pose la question du pilotage, de la validation et de l'évaluation en souhaitant une clarification des rôles entre l'Etat et les autres acteurs en particulier la sécurité sociale.

9.1.2. Les organisations d'employeurs

Le représentant du MEDEF soutient la sauvegarde de « la médecine du travail à la française » et défend la pluridisciplinarité qui permet aux médecins de « préserver leur cœur de métier ». La pénurie démographique est un levier de l'action pluridisciplinaire.

Il distingue la « pluridisciplinarité des entrepreneurs » très ouverte et la pluridisciplinarité mise en œuvre dans les SST, jugée plus restreinte parfois faute de moyens, pour laquelle ces derniers doivent encore « faire leurs preuves ». Il souhaite que les SST assurent, en matière de pluridisciplinarité, une fonction de prestataire sur des besoins de base de l'entreprise, de mobilisateur de ressources mutualisées, de conseil « éclairé » aux chefs d'entreprise.

La pluridisciplinarité n'est pas encore effective pour les PME/PMI, et pour les TPE a fortiori. Il souhaite une synergie avec les CRAM et évoque l'intérêt des conventions tripartites, où les ORST¹⁷ devraient jouer un rôle d'initiateur.

Concernant les IPRP, il est partisan de laisser jouer le marché, de **ne pas « sur-réglementer »**, de rester souple et dans le « très pratique », de faire connaître les IPRP « validés » et d'adapter le langage aux différents acteurs, ce que pourraient faire les SST. Il prépare un guide sur la pluridisciplinarité.

Pour le représentant de la FIM/UIIMM, les points de vue sont identiques quant à la mission et la place de la médecine du travail. Le souhait est une **évolution sans rupture**.

Il défend l'idée de médecins du travail intervenant sur leur cœur de métier, à savoir le champ médical avec ses examens cliniques, et la prévention, champ qu'ils ont à investir avec les IPRP (mais pas au médecin du travail homme à tout faire, chef de réseau, VRP des IPRP « maison »).

Il est favorable à **une approche plus souple et plus coopératrice** (médecins « tête de réseau »), pluridisciplinarité favorisant le travail maillé avec des sous-traitants intervenant à la demande, avec des IPRP pivots de SST et hostile à un système fermé (IPRP imposé, IPRP « hyperprotégé » avec droit d'entrée dans l'entreprise, monopole territorial des SST, corporatisme).

¹⁷ Dans le cadre de l'accord du 13 septembre 2000, les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont décidé la création d'observatoires régionaux de santé au travail. Selon l'article 3.1 les Observatoires « auront pour objectif de promouvoir, au niveau régional, les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention. Ils prendront en compte les préoccupations et les risques spécifiques définis dans les branches professionnelles ».

Il plaide pour « la sélection naturelle » des IPRP, avec des « **niveaux** » **d'expérience dans le schéma d'habilitation** et pour un changement de culture des SST orienté vers une offre de services (internes et en partenariat).

Il soutient l'idée de **conventions tripartites** (CRAM, SST, entreprise) de financement d'IPRP confirmés, qu'il estime être « le cercle vertueux de la pluridisciplinarité ».

Le représentant de la CGPME constate que les résistances à la pratique de la pluridisciplinarité restent fortes tant du côté des employeurs des très petites entreprises, que du côté des médecins du travail où seulement une partie s'est appropriée la réforme. Sachant que la coercition sera inefficace, son représentant plaide pour une poursuite de la sensibilisation des chefs d'entreprise (cf le guide méthodologique de l'Association Médicale Interprofessionnelle « évaluation des risques, santé au travail et pluridisciplinarité », pratique et complet).

Il est favorable également à des **conventions tripartites** favorisant l'intervention d'IPRP externes dans des « **modules de pluridisciplinarité** ».

De son point de vue, ce n'est pas le médecin qui doit être le « pivot » de la prévention mais l'IPRP travaillant au sein du SST. Il constate encore que certains SST ou associations ont fait habilitier des assistantes médicales pour démontrer une pluridisciplinarité structurelle mais factice. Ces IPRP « alibis » jouent souvent le rôle de faire valoir des médecins du travail. **Il manque des « IPRP analystes » face aux « IPRP techniciens ».**

Il ne souhaite **pas plus de réglementation** qui de son point de vue enkysterait cette profession émergente mais **une responsabilisation des collègues interrégionaux pour arrêter la « dévaluation de l'habilitation »**. Il exprime également l'idée de « niveaux » d'habilitation, avec des habilitations « technicien » ou « analyste ».

9.2. Le point de vue des trois organismes de prévention (ANACT - CNAM -OPPBTBTP) et des collèges interrégionaux d'habilitation

9.2.1. Les trois organismes

Les représentants des trois organismes soulignent qu'un des aspects positifs de la réforme est la dynamique de réelle coopération entre les institutions CNAM, OPPTBTP et ANACT. Ces institutions se sont vues confiées l'organisation pratique de l'habilitation. Elles ont été amenées à coopérer de manière intelligente sur des actions concrètes pour faire fonctionner ce dispositif. Les premiers désaccords explicables en raison de l'imprécision des textes ont été surmontés.

Il existe aujourd'hui des lieux, le comité national et les collèges où les représentants des trois organismes échangent.

Pour la représentante de l'ANACT, une partie des difficultés touchant au dispositif actuel d'habilitation sont réglées. Pour autant, il reste à traiter **l'absence d'une base de données commune** de tous les IPRP habilités, **le non respect de la règle d'un**

traitement unique et équitable de l'ensemble des IPRP sur l'ensemble du territoire, sachant que les collèges traitent les demandes d'habilitation selon 3 logiques :

- celle de « l'annuaire ou du répertoire », où il suffit de répondre aux critères formels ;
- celle du dossier « VAE » où le candidat doit qualifier sa demande en faisant état de ses expériences et pratiques ;
- celle d'une véritable analyse du dossier du candidat allant au-delà des textes.

Il reste, de son point de vue à traiter, les 3 questions suivantes :

- comment va se passer le retrait d'habilitation des personnes physiques ;
- quelle méthode adopter pour le renouvellement des habilitations pour les personnes morales ;
- la question du contenu des domaines d'habilitation n'est pas tranchée en particulier celle de l'organisationnel et du technique, l'approche organisationnelle ayant comme objectif de traiter la réalité du travail dans la prévention ce que l'approche sur la sécurité et l'hygiène ne prenait pas en compte.

Elle souhaite qu'au-delà de la « bataille entre acteurs » que suscite aujourd'hui la santé au travail, soit traitée la question de « comment l'employeur chargé de l'évaluation et de la prévention des risques fait appel à des ressources pluridisciplinaires en vue d'une évaluation pertinente des risques et plus globalement de l'amélioration des conditions de travail des salariés ».

Pour le représentant de l'OPPBTP, le dispositif actuel a été une tentative pour faire évoluer le système, qui l'a plutôt compliqué et rendu plus opaque pour les entreprises. L'habilitation à vie, sans vérifier les compétences, les savoirs faire, induit un risque de **décrédibilisation** des intervenants. D'autres pays ont fait le choix d'une formation qualifiante longue et d'une durée limitée d'habilitation.

Il estime que le dispositif n'attire pas car les préventeurs n'ont pas attendu ce texte pour travailler et certains habilités sont contestables. La **distinction des domaines** n'est pas opérationnelle (cf ergonomie et les domaines organisationnel et technique) ou source de confusion (le médical qui est un domaine réservé aux médecins mais qui dans le texte laisse la porte ouverte aux paramédicaux IDE et kinésithérapeutes notamment, ce dont le conseil de l'ordre s'est d'ailleurs ému). La consigne de ne retenir que des médecins est jugée fragile juridiquement.

Il estime que la réforme n'a pas été positive pour **la branche** et souhaite une remise à plat avec notamment l'idée de mettre en place des conseillers en prévention, animateurs de prévention à temps partagé formés et reconnus par branche car le besoin d'intervenants compétents est un fait.

Pour le représentant de la CNAMTS, il est **encore très tôt pour tirer un bilan**. La pluridisciplinarité est une nécessité et **l'apparition des IPRP est positive**. De son point de vue pour une partie des intervenants qui existaient avant la réforme, l'habilitation a seulement donné une reconnaissance. Pour les SST ou les structures mutualisées, les nouveaux embauchés ou les salariés qui ont pu évoluer (par ex :

secrétaires médicales en formation continue universitaire) constituent une ressource utile. Par ailleurs il y a **des doutes sur certains habilités externes** en raison des modalités retenues — une habilitation administrative sur dossier qui ne permet pas d'apprécier les compétences réelles des habilités —. **L'habilitation à vie des IPRP** personnes physiques rend la maîtrise du système difficile. Mais il se demande également quelle serait la valeur ajoutée de suivre les IPRP nonobstant le coût de l'opération et s'il ne vaut pas mieux laisser faire le marché.

La CNAM a pour objectif de **pousser le réseau des CRAM à s'engager dans des partenariats avec les SST** pour faciliter des démarches de prévention dans les TPE faisant intervenir soit la CRAM en tant qu'institution, soit des IPRP extérieurs. Le cas échéant, la CRAM pourrait accompagner financièrement l'interventions de ces IPRP extérieurs dans le cadre des contrats de prévention sous réserve que ce soit des contrats de prévention type CNO¹⁸, que la relation pluridisciplinaire soit en conformité avec les textes et que les contrats soient de libre adhésion. Parallèlement elle va promouvoir la mise au point dans les branches professionnelles les plus concernées des contrats simplifiés¹⁹, en y consacrant une enveloppe de 10 M€.

9.2.2. Les Collèges d'habilitation

Les difficultés rencontrées par les collèges ont été évoquées dans la quatrième partie du rapport relative aux règles de l'habilitation.

Un collège a proposé **une série de propositions d'amélioration** en annexe de son rapport annuel de 2006 rappelées ci-dessous qui nous paraissent couvrir les préoccupations des autres collèges

- a) si le diplôme ne concerne pas la prévention, les possibilités d'évaluation des compétences par le collège devraient être plus importantes ; la démonstration d'un degré d'autonomie suffisant dans la conduite d'une étude de prévention (de l'évaluation des risques à la restitution des résultats) devrait être nécessaire.
- b) limiter la durée d'habilitation pour les personnes physiques ce qui permettrait de :
 - vérifier que la personne habilitée exerce bien une activité dans le domaine de la prévention, utilise et maintient donc ses compétences ;
 - bâtir d'éventuels cursus de formation/information professionnelle complémentaire ;
 - conserver un contact avec les IPRP habilités pour des éventuels échanges ultérieur d'informations.

¹⁸ Une convention nationale d'objectifs pluriannuelle (CNO) est conclue par exemple entre une branche professionnelle et la CNAMTS

¹⁹ Mesure issue de la conférence sur les conditions de travail du 4 octobre 2007 : Il y a déjà aujourd'hui des contrats de prévention par l'intermédiaire des CRAM. Ces contrats sont aujourd'hui trop lourds, trop complexes et donc illisibles pour les entreprises de moins de 20 salariés. La CNAM s'engage à proposer à toutes les branches des **contrats simplifiés**. Désormais, une boucherie de 2 salariés par exemple pourra disposer d'un document, d'un contrat prédéfini en fonction de son secteur d'activité. Ce document très simple permettra de n'avoir plus qu'à cocher des cases parmi les mesures obligatoires et optionnelles définies pour bénéficier d'un accompagnement technique y compris financier, pour un sol non-glissant, des tables à la juste hauteur...

- c) abandonner la typologie des 3 domaines de compétences qui apparaît inutile en l'état ou la remplacer par une définition beaucoup plus précise (ex : métrologie, ergonomie, psychologie...).
- d) réaffirmer formellement l'impossibilité pour un médecin du travail d'intervenir en tant qu'IPRP dans une entreprise où il assure la fonction de médecin du travail.
- e) disposer de textes réglementairement opposables juridiquement (contrairement à des circulaires) notamment pour éviter toute ambiguïté concernant l'habilitation médicale des non-médecins, l'habilitation des infirmiers (ères)
- f) nécessité de définir les conditions de retrait d'agrément, car il n'existe à ce jour aucun motif juridique opposable permettant de retirer l'agrément même en cas d'incompétence pratique manifeste ou d'absence d'activité.
- g) nécessité de formations complémentaires, notamment en métrologie, ou concernant les bonnes pratiques à mettre en œuvre en matière d'évaluation des risques
- h) nécessité de définir les conditions de reconduction / non reconduction d'agrément (au terme des 5 ans) pour les personnes morales habilitées.

9.3. Le point de vue des DRTEFP rencontrées

Les DRTEFP rencontrées sont celles dans lesquelles les enquêtes de terrain ont été réalisées : PACA, Poitou-Charentes et Nord Pas de Calais.

Selon une DRTEFP, les employeurs, les salariés, les dirigeants des SST et les médecins restent encore attachés à une approche très médicale de la mission des SST et la législation obsolète sur la médecine du travail ne favorise pas une évolution dans la clarté et la rigueur. Cependant **des évolutions progressives** se font jour, comme le montrent des comptes rendus reçus par l'inspection médicale (réunions de commissions de contrôle, réunions de conseils d'administration de SST, réunions de commissions médico-techniques).

Les médecins du travail apprécient en général l'appui de leurs IPRP. Une évolution s'est produite car les plus réticents ont progressivement fait appel à eux après que leurs collègues « pionniers » ont fait le premier pas. Mais ils les trouvent insuffisamment disponibles. Il y a en effet 460 médecins dans les SST interentreprises et 28 IPRP. On ne connaît pas le nombre d'IPRP dans les services autonomes qui occupent 75 médecins.

Les SST ont embauché au départ des profils BAC + 2 de technicien supérieur. Ils s'orientent de plus en plus vers des profils BAC +5 (ingénieur prévention, ergonomes). Ce qui conduit un médecin inspecteur à suggérer **une distinction entre IPRP (de niveau élevé) et intervenant en santé au travail (IST) qui pourrait l'assister.**

L'élévation du niveau de compétences des IPRP dans les SST peut les amener à conduire de manière autonome leur action sans rendre compte au médecin du travail qui se cantonnerait aux visites médicales. Il pourrait y avoir **contradiction possible**

entre l'intérêt de faire monter en compétence les IPRP et le risque de voir le médecin s'éloigner du terrain de la prévention.

Pour ce faire les représentants de la DRTEFP suggèrent de **tenir le point de vue « du médecin clé de voûte »**, l'IPRP restant un appui, le cas échéant de haut niveau. La question du rôle du médecin du travail habilité comme IPRP dans le domaine technique ou organisationnel a été débattue. Si l'intérêt immédiat est de conserver du temps au médecin pour exercer sa fonction première, il apparaît également dommage de se priver de compétences élargies et d'une source d'attractivité pour le métier.

La démographie médicale (45% de médecins du travail vont partir dans la région dans les 5 ans) risque de rendre très aiguë cette problématique.

L'aptitude des SST à gérer une politique de santé au travail et de prévention des risques professionnels chez leurs adhérents reste posée. Une étude de la DREES montre que plus on monte en taille, plus la politique d'évaluation des risques et de prévention est mise en œuvre, même s'il reste des faiblesses notamment sur la dimension organisationnelle et les risques psychosociaux. **Concernant les TPE, les carences sont fortes et les services de santé au travail peu efficaces.** En région, seules les actions de branche ont eu un impact .

Les médecins inspecteurs notent cependant **des progrès dans l'évaluation des risques avec la pluridisciplinarité**. Les jeunes IPRP embauchés dans les SST se font moins discrets et revendiquent leur autonomie professionnelle et leur rôle en matière de prévention.

En revanche, les IPRP hors SST sont méconnus de tous. Les CHSCT recourent aux experts CHSCT ; les entreprises ne les connaissant pas, ne les utilisent pas. Les représentants de la DRTEFP constatent également que beaucoup d'IPRP agissent mais hors statut d'IPRP.

Selon les représentants d'une autre DRTEFP, **les missions des IPRP gagneraient à être éclaircies** du point de vue de la pluridisciplinarité, notamment en ce qui concerne **leur positionnement** dans la structure qui les emploie, **leurs relations avec les médecins** et les **tâches qui leur sont confiées**.

Des médecins sont encore réticents à coopérer avec des IPRP ; par contre, les remontées de ceux qui ont eu l'occasion de travailler avec des IPRP sont très favorables. Pour la DRTEFP, l'enjeu est d'amener les médecins du travail à percevoir l'utilité de travailler conjointement avec des IPRP et pour cela de les accompagner dans le changement.

L'absence de protection des IPRP qui travaillent dans les entreprises pose question compte tenu de leur subordination à l'employeur. Ne faudrait-il pas prévoir le même type de protection que pour les représentants du personnel ?

A ce jour, les autorités n'ont aucune remontée des pratiques des IPRP. Ne faudrait-il pas envisager la réalisation de **rapports annuels présentant le nombre et le contenu des missions** ?

Dans le déroulement des interventions des IPRP, les frontières sont souvent très floues entre les domaines « technique » et « organisationnel » propres à l'habilitation. Les demandes formulées sous un angle technique pouvant déboucher sur des aspects organisationnels, la distinction des deux domaines peut parfois s'avérer difficile à tenir.

Par ailleurs, les services de santé interentreprises rencontreraient des **difficultés à recruter des toxicologues**, ceux-ci se montrant souvent peu intéressés par la nature du poste qui leur est proposé compte tenu de leur niveau de formation et de leurs attentes.

Autre point concernant les services de santé au travail, **l'obligation à répondre aux demandes légales formulées par les employeurs reste imprécise en droit**. Le chef d'entreprise a une obligation personnelle de recours à la pluridisciplinarité mais **en contrepartie les services de santé au travail ont-ils celle d'y répondre ?**

Dans une autre région, concernant l'organisation de l'offre pluridisciplinaire et le développement des actions dans les entreprises, le sentiment est que **les choses se mettent en place** et que **la dynamique prend**. Tout en considérant qu'il faut du temps pour faire évoluer les pratiques et la culture de prévention. Certaines entreprises sont encore aux prémises en la matière ne disposant pas de leur document unique, obligatoire depuis bientôt 5 ans. L'important est de développer un langage commun vis à vis des entreprises.

La mise en place des équipes pluridisciplinaires au sein des SST se développe de manière satisfaisante mais pas forcément de manière homogène. Les « gros » SST disposaient déjà d'une équipe pluridisciplinaire composée, par exemple pour l'un d'entre eux, d'un ergonome et d'un toxicologue. Cette équipe s'est étoffée avec la réforme. Dans la région, certains SST ont choisi de mutualiser les moyens en créant des G.I.E. D'autres ont fait le choix de développer une équipe pluridisciplinaire en interne.

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité s'exprime également par l'évolution des pratiques d'intervention des médecins. Le renforcement de l'exigence d'intervention en milieu de travail (issu de la réforme de la médecine du travail en 2004) génère des besoins d'intervention pluridisciplinaire. **Le développement d'action pluridisciplinaire conforte les médecins dans l'évolution de leurs pratiques professionnelles**. Il s'agirait en quelque sorte d'**un cercle vertueux**. Un médecin inspecteur rapporte le propos exprimé par un médecin du travail : « Je ne vois plus comment j'interviendrai seul ». L'étape plus récente qui rend compte de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité est celle de la **formalisation des procédures d'intervention**. Plusieurs SST ont en effet ressenti la nécessité de formaliser les modalités d'engagement d'une intervention pluridisciplinaire en entreprise.

Finalement, le développement de moyens au sein des SST semble en phase avec l'évolution des besoins exprimés par les entreprises. Les besoins sont parfois supérieurs aux moyens si l'on s'en tient aux **délais de réponse de certains SST qui s'allongent**.

Concernant le collège interrégional d'habilitation, la DRTEFP n'a pas non plus été saisie de dysfonctionnements qui concerneraient cette instance. La cohérence des dispositifs est cependant discutable. **Pourquoi la DRTEFP qui est chargée de l'agrément des SST ne participe pas à l'habilitation des IPRP personnes morales et personnes physiques ?**

9.4. Le point de vue des associations représentant les IPRP et celui des IPRP eux-mêmes

Les IPRP vu leur nombre et leur existence statutaire très récente sont faiblement représentés dans les cinq grandes organisations syndicales. Un de nos interlocuteurs remarquait qu'il était symptomatique que la négociation en cours sur la convention collective des SST, en particulier la question de la classification des IPRP, est conduite pour la partie salariée par des médecins du travail. Seuls 5% des IPRP de SST seraient syndiqués.

Les IPRP ne sont pas représentés en tant que tel dans les instances de la prévention ou les organes de contrôle des SST.

Les représentants de deux associations d'IPRP (AFIST et SNIPRP) ont été rencontrés ou interviewés ainsi que le SNPST et l'AFTIM.

9.4.1. Les représentants des IPRP rencontrés

L'association française des intervenants en santé au travail (AFIST) constitue un réseau réunissant 400 personnes travaillant exclusivement dans des SST interentreprises dont 200 IPRP, les autres étant soit des personnes exerçant des missions de type IPRP mais ne souhaitant pas être habilitées, soit des personnes ne remplissant pas les conditions de diplôme de l'habilitation (formateurs, chargés du maintien dans l'emploi).

De son point de vue la grande faiblesse du dispositif est **l'absence de définition** à la fois de ce que signifie la prévention, de ce qu'est un IPRP.

La distinction selon les trois compétences technique, organisationnelle et médicale ne lui apparaît pas appropriée. Une réflexion en terme de domaines d'intervention (ex : ambiances physiques, risques chimiques, risque TMS, risques psycho-sociaux) lui paraîtrait plus pertinente.

Son représentant souligne également la **confusion entre IPRP et pluridisciplinarité**, l'habilitation apportant une reconnaissance légale aux intervenants qui travaillaient dans les STT et les SST recrutant des IPRP dès 2004 pour obtenir leur agrément.

Il préconise de **sortir de l'idée d'une seule catégorie d'IPRP** et que l'on reconnaisse **une multitude de positionnements**. Un statut du type de celui d'un salarié protégé n'apparaît pas comme une clé car les médecins qui en bénéficient se

plaignent de problèmes d'indépendance. La question de l'indépendance se pose plus souvent vis-à-vis du médecin du travail, l'IPRP revendiquant une « **indépendance d'expert** » au regard de la prescription technique que peut formuler le médecin. Cette situation « conflictuelle » est la plus fréquente avec les IPRP ergonomes.

Il souhaite une **clarification des définitions** (prévention, IPRP et ses missions), une distinction nette entre pluridisciplinarité et IPRP, **un abandon de la typologie des trois compétences** pour une distinction selon des champs de compétences, **un référentiel fort** pour les collègues pour que ceux-ci puissent apprécier la qualité des candidats IPRP et enfin un **contrôle plus important** de l'activité des IPRP.

Dans les services de santé, il note que les IPRP ne peuvent pas répondre à la demande. Car si au départ, les SST se demandaient quoi faire des IPRP embauchés, aujourd'hui ils ne suffisent plus à répondre aux besoins des médecins.

Le **syndical national des IPRP (SNIPRP)** est une association créée en 2005 qui ne compte que 20 adhérents, pas tous IPRP. Sa faible représentativité montre la difficulté de fédérer une population très hétérogène. Il vise à regrouper des intervenants externes en valorisant les spécificités de l'intervention externe au regard du recours à des IPRP internes aux SST (moindre subordination notamment). Il souhaite notamment une évaluation des pratiques professionnelles des médecins du travail au regard de la pluridisciplinarité et une évolution des conditions du conventionnement.

Il milite également pour une sensibilisation des chefs d'entreprise à l'intérêt du recours à des compétences de qualité et de haut niveau en particulier pour l'évaluation des risques. Ses représentants regrettent que les SST ne fassent pas plus appel à des IPRP externes et que les entreprises ne puissent pas choisir leur SST en fonction des compétences pluridisciplinaires qu'il propose (en particulier externes).

Le **syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)** qui compte environ un millier de membres, la plupart médecins du travail, s'est ouvert depuis 3 ans aux IPRP des SST, dont quelques uns ont adhéré.

Selon notre interlocuteur, les DRTEFP ont poussé les SST à mettre en place la pluridisciplinarité à l'occasion des renouvellements d'agrément mais sans que les moyens soient au rendez vous (**pas de financement spécifique** de la pluridisciplinarité, budgets serrés à coût constant, réticence à facturer). En général, seuls les gros services ont pu « ouvrir leur porte à la pluridisciplinarité ». Dans l'ensemble, il juge que la progression est timide, entre autres, en l'absence de moyens nouveaux, du fait du **peu d'exigence de l'Etat et d'une réglementation peu satisfaisante**, d'une **réticence à changer de culture** de la part des médecins habitués à travailler seuls, **d'instances de contrôle sans moyens**.

Sa vision est de susciter un **équilibre** entre le noyau médical et les acteurs de la pluridisciplinarité pour travailler en commun selon différentes configurations sur la base de règles éthiques claires et contrôlées par les DRTEFP et les commissions de contrôle.

Il n'est pas opposé à l'habilitation à vie si sont mis en place **un suivi, des contrôles périodiques de l'activité et si les IPRP rendent des comptes.**

L'association française des techniciens et ingénieurs de sécurité et des médecins du travail (AFTIM) a été fondée il y a 50 ans. Son objectif principal a toujours été de "faire travailler ensemble les médecins du travail et les non médecins du travail". La présidence de l'AFTIM est assurée à tour de rôle par un médecin, puis un ingénieur sécurité. Elle milite notamment pour des "**Plans Santé ET Sécurité au travail**", deux notions jugées indissociables, l'élaboration d'un **langage commun** aux différents acteurs et pour une habilitation sous forme de **valorisation des acquis de l'expérience** (VAE) des ingénieurs, médecins du travail, infirmières et autres acteurs (2^{ème} étape d'habilitation). L'absence d'une base commune de formation et d'échange entre les acteurs de la santé et ceux de la sécurité/prévention des risques fait que, selon elle, les quelques bonnes pratiques sont essentiellement une affaire de personnes de bonne volonté qui fonctionnent ensemble.

Ses représentants suggèrent également de faire travailler les acteurs « par projets », de former les membres des CHSCT, de mettre en place **un « système de management » de la pluridisciplinarité**, basé sur des indicateurs pertinents et d'utiliser des points d'appui exemplaires, associations, entreprises pilotes...

Elle juge que la pénurie de médecins de travail ne pourra pas être compensée par un simple système de vases communicants (*moins de médecins → plus d'IPRP*). Il conviendra d'imaginer sur les questions de santé **un système de coopération** où chacun aura sa place, médecins, infirmières et ingénieurs IPRP.

9.4.2. Les IPRP

Le point de vue des IPRP rencontrés lors des enquêtes de terrain est très positif mais il faut nous semble t-il se garder de vouloir le généraliser à l'ensemble de la population des IPRP compte tenu des critères de choix des entreprises retenues pour cette étude, notamment celui de l'exemplarité des interventions menées ...

L'IPRP rencontré à l'occasion de l'étude menée auprès de l'entreprise de service automobile travaille au sein d'une structure mutualisante. Il met en avant la véritable professionnalisation de la pluridisciplinarité depuis la réforme. « Avant, ça n'était pas structuré, c'était de la bidouille. Il suffisait d'un coup de fil du médecin pour engager une action en entreprise. Avec la réforme, la progression des demandes a nécessité la mise en place d'une organisation et rendu nécessaire l'élaboration de procédure. Les demandes sont obligatoirement formulées par écrit et sont de ce fait plus qualitatives ». Par ailleurs, toujours selon cet IPRP, la réforme a apporté une reconnaissance de leur activité au sein du SST. Les IPRP ne seraient plus considérés comme de simples techniciens et se situeraient de plus en plus au même niveau que les médecins du travail. Il souhaiterait en revanche, être mieux informé des suites données à leur intervention car « aujourd'hui, rien n'est fait de manière systématique, il faut souvent solliciter les médecins pour obtenir de l'information ».

Un autre avis également très positif mais sur un autre champ, celui d'un IPRP qui travaille depuis un an comme vacataire d'un service de santé au travail interentreprises. Pour lui, la réforme est d'abord perçue comme une opportunité de développer des prestations de conseil en collaboration avec les SST. L'année qu'il a passée en tant qu'IPRP auprès du SST lui a permis d'apprécier la complémentarité entre ses actions et celles des autres intervenant du SST. Selon lui, loin d'amputer les prérogatives du médecin du travail, « l'IPRP redore le blason des services de santé au travail et valorise la fonction du médecin du travail ».

*A noter également, le souhait d'un IPRP salarié d'une très grande entreprise de bénéficier d'un statut de salarié protégé. Non pas par crainte de pressions de la part de la direction mais pour affirmer aux institutions représentatives du personnel sa neutralité. Cet IPRP souhaiterait également pouvoir établir **un rapport annuel autonome**, c'est-à-dire qui ne serait pas inclus au rapport d'activité du service de santé au travail de l'entreprise.*

Les points de vue des nombreux **IPRP interrogés par questionnaire** sont extrêmement riches et variés. Une sélection des verbatims qui nous ont semblés les plus représentatifs figure en annexe 1 de ce rapport.

Les préoccupations exprimées dépendent de la situation de l'intéressé, IPRP employé dans un SST, IPRP appartenant à un service de sécurité ou de prévention d'une grande entreprise, IPRP consultant indépendant ou cabinet. Ils sont globalement moins positifs que ceux rencontrés dans les entreprises, avec des critiques nombreuses mais souvent constructives en terme de suggestions et de propositions.

On peut retenir que les **IPRP personnes morales ou les consultants indépendants** s'interrogent sur le monopole de fait accordé aux SST voire à leur concurrence déloyale au travers des structures qu'elles mettent en place, en regrettant la faiblesse ou l'absence totale de la demande des SST à leur égard. Ils demandent un changement culturel, un réel partenariat et une forte incitation y compris financière à faire appel à leur service. Les consultants indépendants demandent en particulier une formation-sensibilisation des chefs d'entreprise — voire pour certains une obligation de recours à l'IPRP — en particulier pour les dirigeants des TPE qui constituent une cible potentielle pour eux.

Les **IPRP d'entreprise** en quasi totalité cadres, responsables hygiène et sécurité et environnement, ergonomes, préventeurs, etc... regrettent les « batailles de périmètre » et souhaitent en particulier que le statut de l'IPRP soit reprécisé pour permettre un dialogue plus équilibré avec le médecin du travail. Ils proposent des approches où la responsabilité de l'employeur dans la mise en œuvre de pluridisciplinarité soit réaffirmée.

Les **IPRP employés dans les SST** expriment souvent des attentes et des insatisfactions, en termes de reconnaissance et de valorisation des fonctions, de positionnement par rapport au médecin du travail, de décalage entre les attentes des entreprises et leur traduction par les médecins, de capacité à suivre la demande,

Il existe cependant des cas assez nombreux où les IPRP expriment une satisfaction réelle dans l'exercice de leur travail.

L'activité des IPRP (peu nombreux certes) ne leur paraît pas suffisamment valorisée. Certains demandent un véritable statut précisant les règles d'indépendance et d'autonomie dans l'exercice des missions et un quota d'IPRP par adhérents. Certains insistent sur la nécessité de ne pas confondre habilitation et métier ou profession, confusion qui conduit à la dévalorisation statutaire. D'autres suggèrent de faire gérer par l'IPRP l'équipe pluridisciplinaire du SST. La question du financement et de la facturation est également un sujet de préoccupation, ainsi que la coopération avec les autres acteurs de la prévention, inspection du travail, CRAM et ARACT.

9.5. Le point de vue des entreprises : directions et CHSCT

9.5.1. Les directions rencontrées

Très souvent, les directions rencontrées paraissent être peu voire pas du tout informées des évolutions des services de santé ni de l'obligation d'avoir une approche pluridisciplinaire des questions de santé au travail.

Néanmoins, certains perçoivent des évolutions dans la pratique des médecins du travail. Ainsi ce directeur de production d'une PME de tissage de textile a clairement vu un changement positif : « il y a plus de conseils. Les contacts avec le médecin du travail sont plus fréquents et plus faciles ». Mais aussi, il dit manquer de visibilité vis-à-vis de l'offre de services du SST et dit attendre de connaître de manière précise les prestations fournies en contrepartie de sa cotisation. C'est également ce que disent le responsable sécurité et le directeur des ressources humaines d'une grande entreprise de pneumatique.

Pour le PDG d'une petite entreprise de service automobile, la prestation du service de santé en toxicologie puis en ergonomie est jugée très positive. Mais il pense aussi qu'il est possible d'aller plus loin. Pour autant, il ne semble pas prêt à payer plus pour bénéficier d'autres prestations. Cela doit selon lui faire partie des cotisations, les charges des entreprises ayant atteint à ses yeux les limites du raisonnable. C'est également l'avis du directeur des ressources humaines de l'entreprise de pneumatiques pour qui avant de financer davantage le SST, il faudrait s'assurer du retour sur investissement des cotisations déjà versées.

Sur le développement de la pluridisciplinarité dans les entreprises, le point de vue du responsable ressources humaines et du responsable sécurité d'une très grande entreprise de fabrication de moteurs nous semble intéressant. Selon eux, lorsque les personnes ne sont pas d'emblée convaincues de la nécessité de travailler ensemble, la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels doit être portée par la direction pour être effective et déboucher sur des améliorations. La direction doit promouvoir les démarches pluridisciplinaires tandis que le service RH et celui de la sécurité doivent être les garants du développement de ces pratiques. Ils doivent avoir recours à l'appui de ressources extérieures chaque fois que cela s'avère nécessaire et positionner ces recours au bon endroit par rapport aux décisions à prendre. Ils doivent également s'assurer que les conditions de travail soient prises en compte dans les projets d'investissement et de réaménagement et veiller à ce que le CHSCT y participe.

9.5.2. Les CHSCT rencontrés

Dans leur majorité, les représentants du personnel au CHSCT rencontrés lors des enquêtes de terrain semblent avoir une connaissance très limitée de la « pluridisciplinarité », même si par ailleurs leurs pratiques au sein de leur entreprise y participent. De même, très peu connaissent les évolutions récentes de la médecine du travail.

Une exception probablement, ce secrétaire de CHSCT qui occupe cette fonction depuis 20 ans dans une grande entreprise du pneumatique et qui est très investi sur les questions touchant à la santé au travail. Selon lui, la réforme et le développement de la pluridisciplinarité étaient inéluctables et nécessaires. « On ne pouvait plus laisser le médecin travailler seul, tout faire et tout décider ». Il pense qu'il est de plus en plus nécessaire compte tenu des risques pour la santé des travailleurs de chercher des ressources nouvelles et complémentaires aux connaissances du médecin du travail, d'apporter des outils nouveaux adaptés au contexte. Selon ses propos, il a fallu parfois bousculer certains médecins du travail mais son constat est que ces nouvelles façons de faire trouvent rapidement leur place dans l'entreprise.

9.6. Le point de vue des services de santé au travail (STT) et de leurs représentants

9.6.1. Les représentants de la profession rencontrés

Le **centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)** est une plate-forme d'observation et de mutualisation des informations²⁰, qui fédère la plupart des 320 SST interentreprises. Son représentant souhaite introduire la notion d'**Intervenant en Santé au Travail (IST)**, habilité ou pas, habilitable ou pas.

L'objectif est d'identifier les besoins des entreprises en **prévention primaire**²¹, puis de mettre en place ou d'activer les moyens nécessaires, sur la base d'une évaluation pertinente. L'entreprise doit être au cœur du dispositif, qu'elle soit demandeuse ou pas. En pratique, avec 150 demi-journées sur le terrain et 250 à 300 entreprises par médecin, c'est un objectif impossible à atteindre sur une année si le médecin du travail le fait seul. Le médecin du travail doit être aidé ("par une assistante") et avoir

²⁰ Le CISME a développé et mis en place sur son site http://www.medisysteme.com/cisme_p39/administration/ un guide pratique complet de mise en place de la pluridisciplinarité.

²¹ On distingue **trois stades de prévention** : **1. la prévention primaire** qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore de risque sociétal. **2. la prévention secondaire** dont le synonyme pourrait être le mot dépistage. La prévention secondaire cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social. **3. la prévention tertiaire** qui vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

une bonne stratégie organisationnelle. Les « IST » constituent des aides pour le médecin du travail. **L'IPRP est trop "expert" pour tout faire**, ou faire seulement des mesures. Des assistant(e)s, des techniciens sont indispensables, même s'ils ne sont pas IPRP.

Depuis la réforme, le CISME distingue les SST moteurs des SST attentistes. Il y avait dans les SST environ 150 IST en 2002, ils étaient 600 au 1/1/2006, dont 426 IPRP. Les grands services ont embauché des IPRP pointus. Les petits services ont pu soit mutualiser, soit embaucher quelques IST.

A l'origine, le CISME a observé des réticences de la part d'une partie des médecins du travail, exacerbées à l'arrivée des IPRP. C'était une confrontation normale de cultures (médecin du travail / ingénieur), avec une phase naturelle d'apprentissage de la pluridisciplinarité. Le CISME observe maintenant une coopération assez facile entre les médecins du travail et les IPRP sur l'évaluation a priori.

Le CISME ne souhaite **pas plus de réglementation**. Il note cependant que des renouvellements d'agrément de SST sont donnés même si aucune action pluridisciplinaire n'est menée.

Par contre, le CISME est favorable à ce que le Ministère impose **une obligation de formation sur les risques professionnels dans les formations d'ingénieurs et de techniciens**.

9.6.2. Les services de santé au travail

↳ Le point de vue des responsables des SST

Les directeurs des SST étaient interrogés sur la mise en œuvre la pluridisciplinarité au travers de la question suivante : **à votre avis, les actions pluridisciplinaires sont elles suffisamment mises en œuvre par les acteurs suivants (IPRP, entreprises, médecins du travail, SST en général, votre SST)?**

Les réponses apportées au questionnaire sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Mise en œuvre de la pluridisciplinarité	Petits SST	Moyens SST	Gros SST
	jusqu'à 29 salariés	de 30 à 89 salariés	90 salariés et plus
Par les IPRP	OUI	OUI	OUI ou plutôt OUI
Par les entreprises	cela dépend ou plutôt NON	cela dépend	cela dépend ou plutôt NON
Par les médecins du travail	cela dépend ou plutôt OUI	cela dépend ou plutôt OUI	cela dépend ou plutôt OUI
Par les SST	cela dépend ou plutôt OUI	plutôt OUI	cela dépend ou plutôt OUI
Par mon SST	plutôt OUI	plutôt OUI	cela dépend ou tout à fait

Les directeurs de SST interrogés estiment que les actions pluridisciplinaires sont suffisamment mises en œuvre par les IPRP et par leur SST. Ils sont plus nuancés concernant les autres SST et les médecins du travail mais la tendance reste positive. Ils estiment en revanche que les entreprises ne sont pas largement parties prenantes aujourd'hui.

Les verbatims des questionnaires des SST figurent également en annexe 1.

Les répondants des services de santé au travail expriment des points de vue paradoxaux quand à la satisfaction des besoins des entreprises. Certains constatent un faible intérêt des entreprises, voire un rejet, alors que d'autres insistent sur l'impossibilité de satisfaire la demande, en l'absence de compétences adéquates (TMS, toxicologie, ergonomie,...). Certains reconnaissent que l'action pluridisciplinaire n'est pas une priorité pour le SST. Quant à l'appel aux ressources externes « IPRP », elle n'est pas mentionnée.

Certains évoquent l'idée d'un transfert de moyens vers les actions pluridisciplinaires au travers de ressources dégagées par une autre conception de la visite médicale et une réforme plus ambitieuse de la médecine du travail.

↳ Deux points de vue dans la branche du BTP

Le **groupement national multidisciplinaire de santé au travail dans le BTP (GNMST BTP)** seul groupement professionnel du BTP regroupe 200 à 240 adhérents. Son représentant constate une **prise de conscience progressive** des médecins du travail par ailleurs saturés, ne pouvant remplir toutes leurs missions et satisfaire les besoins des PME-TPE et qui commencent à reconnaître le sérieux de certains IPRP. Son représentant suggère d'inciter les médecins à jouer un « **rôle de pivot** » vis-à-vis des IPRP.

Il pense qu'il faut **laisser jouer le marché** qui assurera un écrémage des « bons » IPRP, sauf si la réglementation devient plus coercitive, ce qu'il ne souhaite pas. Il regrette cependant que la notion même d'IPRP soit floue, mal définie avec une grande variété de profils, de niveaux, les SST ayant du mal à savoir qui embaucher. Il est favorable à une **réglementation qui définirait les rôles, les liens de subordination, les comptes à rendre par les IPRP, les règles de confidentialité, la mise en place de comités médecins du travail/IPRP.**

Il souhaite également **plus de rigueur dans l'habilitation des IPRP**, dans leur **revalidation périodique** (rapport d'activité avec références), la fixation d'un socle commun avec **une reconnaissance de différents niveaux d'IPRP.**

BTP santé prévention centre-est (BTP SP), association créée en septembre 2005, est un **centre de ressources mutualisées** pour les 13 SST qui l'ont constitué. Les adhérents de ces SST représentent 80% des entreprises de BTP de Rhône-Alpes, 15 000 PME qui emploient 110 000 salariés. Les SST disposent de 60 médecins du travail.

Ses responsables notent qu'un **virage culturel** est en cours chez les médecins du travail et que la réforme est fondée : le médecin du travail doit devenir le conseil de toutes les entreprises, y compris les TPE. Ils estiment que soit le virage est pris, avec des actions collectives de branche, soit il n'est pas pris, et le médecin du travail continuera à être un prescripteur "à la marge" d'actions pluridisciplinaires

Cependant la pénurie de médecins du travail ne va probablement pas les pousser à développer la pluridisciplinarité car la plupart « n'ont pas mesuré les enjeux de la

pénurie qui va les impacter". Néanmoins, il existe une minorité agissante de médecins du travail (plutôt expérimentés que débutants), qui a compris ce qui se joue.

Du côté des entreprises en particulier TPE, le mot IPRP est inconnu. Il faut une forte sensibilisation.

↳ Le point de vue des autres acteurs des SST

Au cours des enquêtes de terrain nous n'avons pas rencontré de directeurs de services de santé au travail. Nous avons par contre rencontré pour chaque étude lorsqu'il était disponible le médecin du travail ainsi qu'un infirmier en santé au travail (IST) et une secrétaire assistante en santé au travail (SAST). Leurs remarques sont les suivantes mais pour les mêmes raisons que pour les IPRP et aussi à cause de leur nombre trop peu représentatif, il paraît nécessaire de se garder de vouloir les généraliser.

↳ Le point de vue des médecins du travail

*Tout d'abord les médecins du travail rencontrés approuvent la réforme de la médecine du travail et la mise en œuvre de la pluridisciplinarité. Selon le médecin du travail qui suit l'entreprise de tressage de textile, **ces évolutions tombent à point nommé** parce que ça bouge du côté des employeurs, il y a une prise de conscience de la nécessité d'agir en prévention des risques.*

*Au niveau des services de santé au travail, ces médecins trouvent **que l'arrivée des IPRP a constitué un plus**. La réforme a permis une organisation en équipe qui n'existait pas auparavant pour certains d'entre eux. Mais derrière cette notion d'équipe se profile aussi celle de délégation. Selon le médecin qui suit l'entreprise de service automobile, compte tenu du nombre de salariés suivis par un médecin, il est devenu nécessaire de déléguer les actions que le médecin n'a plus le temps de mener. Ce même médecin explique que les actions menées par le SST sont toujours les mêmes mais menées par différents spécialistes. Toujours selon lui, le médecin du travail doit être celui qui prescrit l'intervention et rester le principal interlocuteur de l'entreprise.*

*Mais il y a aussi des médecins qui disent que la **pluridisciplinarité n'est pas nouvelle**, ni dans l'entreprise, ni dans leur pratique. Certaines entreprises présentent en effet de multiples interventions pluridisciplinaires pour certaines bien antérieures aux réformes de la médecine du travail. De même, des services de santé au travail ont embauché des intervenants spécialisés bien avant la promulgation des IPRP. Ainsi, pour le médecin coordinateur du service de santé au travail autonome de l'entreprise de sidérurgie, la réforme de la santé au travail et le décret sur la pluridisciplinarité n'ont pas changé grand-chose dans le fonctionnement et l'organisation du service. La loi a davantage conforté le mode de fonctionnement et obligé à le formaliser.*

*Un autre point abordé par les médecins du travail rencontrés porte sur leurs **relations avec les organismes de prévention**. L'un d'eux trouve que la pluridisciplinarité avec ces acteurs ne fonctionne pas très bien. Il arrive selon lui*

que « la CRAM, ou un autre organisme, intervienne dans l'entreprise sans que le médecin soit au courant et sans qu'il y ait de coordination entre les différentes actions, ce qui conduit parfois à des doublons, voire à des études contradictoires qui ne font nécessairement avancer la prévention ». A l'inverse, un autre médecin du travail trouve que les relations avec les organismes de prévention se sont améliorées et que les interventions menées ensemble sont moins lourdes et moins longues à mettre en place.

↳ **Le point de vue des intervenants non médicaux et non IPRP**

Pour l'infirmier en santé au travail (IST) rencontré, le développement des ressources pluridisciplinaires au sein des SST ne doit pas se faire au détriment des intervenants internes que sont les IST. Il craint notamment que lui soient retirées des tâches auquel il tient au profit des IPRP ou des SAST. Selon lui, les IST doivent être formés pour exercer pleinement certaines missions, ils doivent aussi participer à la définition des missions ainsi qu'à leur répartition entre les différents intervenants.

Selon la secrétaire assistante en santé au travail (SAST) rencontrée, ses débuts et ceux de ses collègues SAST sous ce nouveau statut ont été difficiles. Les médecins du travail ne les sollicitaient pas et elles n'avaient donc pas d'interventions à mener. Aujourd'hui, les choses se sont améliorées même si avec certains médecins les relations restent tendues. Leurs souhaits se situent davantage sur le terrain de la reconnaissance de leurs actions au sein du SST.

9.7. Quels points de convergence, quels points de divergence entre les acteurs

Il nous semble possible de dégager les principaux points de convergence et de divergence résultant de la multitude de points de vue recueillis.

Cette identification restant partiellement subjective, elle a comme principal but de clarifier et d'ordonner les bases des discussions futures.

Points de convergence	Points de divergence
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La pluridisciplinarité est incontournable mais sa mise en place récente doit être confortée. ▪ L'IPRP apporte une valeur ajoutée de plus en plus reconnue par toutes les parties prenantes y compris les médecins du travail dont une partie reste réticente dans le contexte qui est le leur. ▪ Le médecin du travail doit rester la clef de voûte de la pluridisciplinarité, mais l'IPRP de SST peut aussi en être le "pivot". ▪ Une clarification du rôle et de la place de l'IPRP dans le système de prévention serait utile. ▪ Les modalités de l'habilitation, de son retrait et de son renouvellement doivent être revues. ▪ Les IPRP doivent être reconnus sur la base de compétences vérifiées en matière de prévention ; une formation complémentaire spécifique peut constituer une piste. ▪ La sensibilisation des entreprises et en particulier des PME-TPE reste nécessaire car ces entreprises ne se sont pas appropriées la pluridisciplinarité. ▪ Un retour d'informations sur l'activité des IPRP doit être organisé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'indépendance (autonomie ?) de l'IPRP est-elle assurée ? y compris vis-à-vis des médecins du travail ? ▪ Le statut de l'IPRP doit-il être revu pour renforcer son « indépendance » (statut protecteur) ? ▪ Faut-il plus réglementer en matière de pluridisciplinarité ou laisser jouer le marché ?

10. Quels enseignements tirer de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité aujourd'hui

Le bilan de la réforme, au bout d'à peine quatre ans de mise en œuvre, constitue sans doute plutôt un "point d'étape" en raison de la lourdeur des changements y compris culturels qu'elle impose. Il est cependant possible de voir se dégager des tendances lourdes.

10.1. Un bilan en demi-teinte

La pluridisciplinarité est, sur le principe, un acquis que plus personne ne conteste visiblement. De nombreux interlocuteurs notent une évolution progressive positive qu'il ne faut pas remettre en cause. En revanche, ses modalités de mise en œuvre sont en question et elle reste à conforter avec des moyens humains et financiers.

- Le nombre d'IPRP est encore faible (autour de 1500) au regard des besoins.
 - Le recours aux IPRP externes par les services de santé au travail est faible voire nul.
 - Les entreprises ne semblent pas suffisamment impliquées en l'absence d'enjeux affirmés de recours à des actions pluridisciplinaires de prévention (au plan financier, juridique, social...).
 - L'IPRP type (*attention, il s'agit d'une moyenne*) est diplômé, salarié de la structure qui l'emploie, de statut technicien ou cadre, avec 8 ans d'ancienneté dans la structure. Il n'a pas changé d'employeur depuis son habilitation. 2/3 d'hommes, 1/3 de femmes. Il ou elle maîtrise plusieurs spécialités et possède la double habilitation technique et organisationnelle.
 - Les demandes et les besoins exprimés par les IPRP employés dans les SST sont forts :
 - Reconnaissance de leurs compétences, de leur apport à la prévention par les médecins du travail,
 - Valorisation de leurs métiers et de leur statut social
 - Création d'un statut garantissant leur autonomie vis-à-vis des médecins et leur liberté d'action vis-à-vis des employeurs
 - Développement des moyens à disposition
 - Renforcement des échanges avec les médecins et les autres acteurs.
 - Les attentes sont très fortes chez les IPRP externes, à ce jour, écartés du marché de la pluridisciplinarité :
 - Développement du recours aux IPRP externes par les SST
-

- Mise en place de modalités de financement permettant aux PME-TPE de les solliciter
 - Développement d'une pluridisciplinarité de qualité et « indépendante », car non subordonnée par l'emploi, s'appuyant sur les hauts niveaux d'expertise et d'expérience de ces personnes morales ou physiques.
 - Echanges avec l'ensemble des acteurs
- Les craintes sont encore importantes à différents niveaux :
 - De la part d'une partie du corps médical qui craint une perte d'influence et qui voit ses méthodes traditionnelles mises en question par un nouvel acteur
 - De la part des organisations syndicales qui redoutent une subordination accrue de ces IPRP sans statut protecteur fort
 - De la part des organisations d'employeurs qui craignent une « sur-réglementation » et un nouvel « acteur protégé »
 - De la part des entreprises qui restent à la porte d'une action vigoureuse en faveur de l'évaluation et de la prévention des risques
 - De la part des IPRP externes qui craignent une « concurrence déloyale » des services de santé au travail qui développent la pluridisciplinarité seulement en interne ou avec des structures mutualisées.
 - De la part des habilitateurs et de certains IPRP qui constatent une possible décredibilisation de l'IPRP en raison du mécanisme de l'habilitation.
 - Le processus d'habilitation est jugé insatisfaisant par la quasi totalité des acteurs en raison :
 - Globalement du flou des textes et de l'insécurité juridique qu'elle engendre
 - De l'habilitation à vie des personnes physiques
 - De la coordination du processus par l'Etat jugée insuffisante et des questions à ce jour non traitées (notamment retrait et renouvellement d'habilitation)
 - Des critères retenus en vue d'habilitations qui ne garantissent pas la qualité et les compétences des IPRP
 - Des trois catégories d'habilitation au titre des compétences médicale, technique et organisationnelle, alors que les spécialités devraient être mises en avant.
-

- Le rôle de l'IPRP, ses relations avec le SST, le médecin du travail, l'entreprise ont été esquissés dans les textes mais de façon succincte, d'où un besoin de clarification :
 - Le mécanisme du conventionnement est confus et les pratiques sont critiquées
 - L'enjeu de positionnement du médecin du travail et de l'IPRP est si fort qu'il conduit certains à demander que les textes précisent les rôles et les relations entre eux
 - Le contrôle des instances représentatives prévu par les textes ne semble pas effectif.

- Les stratégies des SST restent en deçà des ambitions des promoteurs de la réforme, faute de moyens financiers nouveaux et en raison d'une vision sans doute trop réductrice de la pluridisciplinarité à développer en interne.

- De multiples initiatives fleurissent sur le terrain avec des pionniers à tous les niveaux. Elles sont gage d'un renouveau de la prévention des risques en France, certes encore seulement frémissant.

10.2. La face cachée de la pluri (multi) disciplinarité

Au-delà de ce bilan sur la pluridisciplinarité telle que la réglementation l'a construite apparaît également une autre multidisciplinarité.

C'est à une extrême diversité de situations dans la mise en œuvre de la pluridisciplinarité que les auteurs de l'étude ont été confrontés.

La pluridisciplinarité au sens large va bien plus loin que les textes ne l'ont a priori imaginé. Car si l'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP) ne peut exister hors de la pluridisciplinarité, l'inverse n'est pas vrai.

La pluridisciplinarité peut se construire et se construit en « dehors de l'IPRP ».

Les trois organismes CRAMs, ARACTs et OPPBTP participent à des actions multidisciplinaires avec les SST en dehors du cadre juridique de la pluridisciplinarité puisqu'ils ne souhaitent pas agir avec la « casquette » d'IPRP institutionnel.

Des cabinets conseils spécialisés en prévention, en ergonomie, etc... ne sont pas habilités et interviennent dans les entreprises, le cas échéant en lien avec le médecin du travail et les acteurs internes. Des intervenants externes aux SST, habilités, ne sont pas sollicités en qualité d'IPRP par les SST mais interviennent à la demande des entreprises voire des médecins du travail en dehors du dispositif juridique de la pluridisciplinarité. Les SST et les entreprises recourent au service de spécialistes, de techniciens qui n'ont pas demandé ou pas obtenu leur habilitation et qui apportent des compétences variées aux SST et aux entreprises. Les SST organisent des métiers nouveaux, intervenants en santé au travail « IST », secrétaire assistante en santé au travail « SAST ». L'ensemble de ces nouveaux intervenants concourt chacun à sa place à l'action multidisciplinaire en prévention des risques professionnels.

Des spécialistes non habilités sont reconnus pour leurs compétences et leur qualité d'intervention. Certains y compris les habilitateurs doutent des compétences et de la qualité des interventions de certains habilités IPRP. Parallèlement DRTEFP, CRAM et ARACT ont favorisé ensemble la constitution de réseaux de spécialistes de la prévention dans le cadre de l'évaluation des risques. Ces réseaux comprennent des personnes physiques et morales habilités ou non. Il s'agit ainsi des réseaux EvRP.

Face à cette diversité, il manque certainement des définitions des principaux termes utilisés aujourd'hui qui ont conduit à des confusions.

Entre **pluridisciplinarité, multidisciplinarité ou pluri-prestation**, la clarification du concept est nécessaire. Il faut en effet distinguer une pluridisciplinarité qui serait l'association de disciplines différentes et complémentaires dans la conduite d'une action visant la prévention et la préservation de la santé des salariés - cette pluridisciplinarité action étant dans les faits plutôt rare ; d'une pluridisciplinarité entendue comme processus qui serait constituée d'une succession d'actions complémentaires menées par des intervenants de disciplines différentes, mais concourant chacune à leur niveau au développement de la prévention et de la préservation de la santé des salariés. Cette pluridisciplinarité processus est plus courante et correspond davantage à ce que nous avons rencontré sur le terrain.

L'**habilitation** n'est pas une **qualification professionnelle** mais le titre IPRP peut créer une illusion, qui peut être entretenue par certains IPRP externes auprès des entreprises.

L'habilitation n'est pas une **autorisation d'exercer** mais une condition pour s'inscrire dans une action pluridisciplinaire au sens des textes. L'IPRP peut donc exercer en dehors de ce cadre et le non habilité concourir à la pluri (multi)disciplinarité. Certains IPRP de SST constatent d'ailleurs que le service de santé au travail restant très étiqueté « médecine », ils ont du mal à être lisible pour les entreprises sur le champ de la prévention où celles-ci recourent à des spécialistes externes.

Intervenant en prévention des risques professionnels n'est pas un **métier ou une profession**, mais plutôt une reconnaissance d'un niveau de formation ou d'expérience autorisant le bénéfice d'un statut. Certains souhaitent que ce niveau de formation soit le plus élevé possible, notamment dans les SST, pour permettre une relation équilibrée avec les médecins du travail.

Intervenant en prévention des risques professionnels **garantit un statut minimum, une posture au sein du SST et de l'entreprise organisée réglementairement** (conditions d'embauche et de licenciement, conditions d'accès aux informations, confidentialité, conventionnement les cas échéant...).

10.3. Vers l'émergence de nouvelles stratégies d'acteurs

Quand l'offre rencontre la demande

L'obligation de pluridisciplinarité semble aujourd'hui davantage concerner les Services de Santé au Travail que les entreprises. Or, l'organisation d'une offre

pluridisciplinaire par les SST ne suffit pas à assurer le développement d'actions pluridisciplinaires. En effet, contrairement à la visite médicale dont le caractère obligatoire et systématique est intégré depuis longtemps par l'employeur, les interventions pluridisciplinaires ne peuvent se déployer qu'avec l'accord explicite de la direction de l'entreprise. Ceci est vrai pour la réalisation d'une mesure de bruit sur un poste de travail comme pour la réalisation de fiches d'exposition aux risques professionnels ; mais c'est encore plus vrai quand il s'agit d'une intervention plus longue et/ou impliquant directement des acteurs internes de l'entreprise : par exemple l'analyse d'une situation de travail ou la réalisation d'une action de sensibilisation et de formation.

Notre analyse, avec les limites de la représentativité de l'échantillon des acteurs rencontrés lors de cette étude, est que l'offre semble rencontrer la demande. C'est le point de vue de la quasi totalité des médecins du travail et des IPRP avec qui nous nous sommes entretenus ; c'est aussi l'appréciation des services déconcentrés du ministère du travail. « On voit que ça bouge dans les services », « ça commence à prendre », nous disent les médecins inspecteurs. S'il existe encore aujourd'hui une disparité des situations, il faut reconnaître que la réforme sur la pluridisciplinarité s'est inscrite dans un contexte très favorable. Les problématiques de santé au travail sont sorties du confinement dans lesquelles elles se situaient auparavant et deviennent des sujets traités régulièrement par les médias. La sensibilisation des acteurs de l'entreprise - ou prise de conscience - a été également stimulée par le renforcement des obligations dans ce domaine : l'obligation d'évaluation des risques professionnels principalement.

Le rôle du médecin du travail dans la construction de la demande

Pour autant, notre constat est que la rencontre de l'offre et de la demande d'intervention repose pour beaucoup sur le médecin du travail. Ceci est surtout vrai pour les entreprises ayant recours à un service de santé au travail inter-entreprise dans lesquelles le médecin du travail est le seul acteur de prévention réellement identifié. Dans ces entreprises, le médecin du travail agit comme le médiateur dans la rencontre entre les besoins et les ressources pluridisciplinaires. Précisément, son rôle ne se limite pas à celui d'un médiateur favorisant la mise en relation entre différents acteurs, son rôle essentiel est de transformer un besoin en demande.

En effet, le médecin du travail grâce à sa relation privilégiée à l'entreprise est l'acteur le mieux à même d'identifier un besoin à partir d'un problème ou d'une question rencontré par l'entreprise. Mais, un besoin n'est pas une demande. Le médecin du travail doit encore convaincre l'entreprise et surtout la direction de celle-ci que le problème peut être, sinon résolu, au moins éclairé par l'intervention d'un professionnel habilité dans le domaine concerné ; pour qu'enfin il puisse jouer l'entremetteur et formuler, non pas sa demande, mais la demande de l'entreprise auprès du SST et des IPRP.

De nouvelles stratégies d'action

La fonction du médecin du travail dans le développement de la pluridisciplinarité ne s'arrête pas non plus à la formulation de la demande. Autrement dit, le médecin du travail n'est pas chargé de « vendre » la prestation d'un IPRP²². La pluridisciplinarité n'est pas pluridisciplinarité s'il s'agit d'une succession de prestations sans lien entre elles. Il y a effectivement pluridisciplinarité parce qu'il existe un continuum, parce que l'intervention de l'ergonome ou du toxicologue enrichit, renforce, complète l'action du médecin du travail et inversement, l'analyse du médecin du travail oriente et enrichit l'action des IPRP.

Si, comme nous l'avons dit précédemment, le médecin du travail ne peut pas être de manière formelle le commanditaire et le demandeur de l'intervention de l'IPRP, il en est cependant un des bénéficiaires, et ce à double titre. D'une part, parce que les résultats de l'intervention peuvent l'aider à agir dans une situation précise. Par exemple, les résultats d'une analyse ergonomique peuvent confirmer un diagnostic TMS et apporter des pistes d'amélioration et de prévention. Mais aussi, d'autre part, parce que l'intervention d'un IPRP, au delà des résultats directs évoqués ci-dessus, peut aider le médecin du travail à se (re)positionner dans l'entreprise.

C'est en tout cas une hypothèse que nous formulons à partir de l'analyse des pratiques réalisée dans cette étude. Au delà des apports spécifiques des IPRP pour la prévention des risques, le développement de la pluridisciplinarité favorise un repositionnement stratégique des services de santé au travail et du médecin du travail. « L'intervention d'un IPRP permet de valoriser l'action du médecin du travail », nous disait un IPRP. Dans les petites et moyennes entreprises que nous avons étudiées, le rôle de la médecine du travail était parfois cantonné aux visites médicales ; le médecin avait des difficultés à exercer son tiers-temps, l'entreprise ne l'encourageant pas non plus à l'exercer. Il existait en quelque sorte un statut quo peu dynamique : chacun dans un rôle et pas d'interférence ou d'ingérence. Le développement de la pluridisciplinarité et l'arrivée de nouveaux acteurs permet de modifier la donne.

Le nouveau cadre réglementaire repositionne en effet les services de santé au travail comme prestataire de services auprès des entreprises. En forçant le trait, ce n'est plus l'entreprise qui est « l'obligée » de la médecine du travail quand elle doit libérer les salariés pour la visite médicale, mais le service de santé au travail qui (re)devient « l'obligé » de l'entreprise dans la mesure où il est censé fournir les moyens permettant à l'entreprise de mieux maîtriser les risques professionnels. Cette posture de prestataire change le rapport entre le SST et l'entreprise, entre le médecin du travail et l'employeur ; elle réaffirme le rôle de conseil que le SST avait parfois du mal à faire entendre et à mettre en œuvre.

²² Le développement de la pluridisciplinarité dans le contexte de la réforme globale de la médecine du travail a pu conduire des médecins du travail à présenter les prestations pluridisciplinaires comme une compensation à la réduction du nombre de visites médicales (allongement à 2 ans de la fréquence des visites périodiques). Certains médecins du travail ont vécu cette période comme une période où leur direction leur demandait, non pas de « vendre » des prestations pluridisciplinaires, mais de « vendre » la réforme incluant la compensation de la réduction du nombre de visites par le développement de prestations nouvelles.

Le médecin va jouer des possibilités offertes par le développement de la pluridisciplinarité pour « se remettre en scène » dans l'entreprise. C'est ce que nous avons pu constater dans cette étude. Il apparaît en effet que certaines interventions pluridisciplinaires sont engagées autant pour favoriser le repositionnement du SST que pour les résultats attendus de la prestation. Réaffirmer le rôle de conseil, démontrer le professionnalisme des prestataires et établir la confiance avec l'employeur sont parfois les véritables objectifs de l'intervention de l'IPRP parce l'atteinte de ces objectifs conditionne l'engagement d'une collaboration dynamique dont la finalité est la préservation de la santé des salariés.

De la même manière que nous évoquions précédemment le rôle de médiateur du médecin du travail dans la formulation de la demande, on peut ici évoquer le rôle de médiateur de l'IPRP dans le repositionnement du SST et du médecin dans l'entreprise. Un des médecins rencontrés nous disait que 80% de ses actions en entreprise sont des demandes de l'entreprise, et ce parce qu'il a su établir ce lien de confiance sans lequel l'action est impossible ou vaine. Ses pratiques visent à maintenir durablement la confiance de l'employeur. Par exemple, le médecin du travail ne divulgue jamais les résultats d'une étude - qu'elle soit toxicologique, ergonomique ou autre - sans l'accord de l'employeur. « L'action du médecin se situe dans la durée ; il ne faut donc pas brusquer les choses. »

Les limites de ce repositionnement

Le repositionnement du SST dans une logique prestataire, qu'induit selon notre hypothèse le développement de la pluridisciplinarité, comporte néanmoins des limites. Premièrement, il n'est pas sûr que l'IPRP trouve son compte dans des interventions dont le but premier est d'établir la confiance avec l'entreprise. Ce type d'action nécessite un accord explicite entre médecin et IPRP sur la stratégie adoptée vis-à-vis de l'entreprise. Deuxièmement, la volonté de ne pas brusquer les choses a des limites. Le médecin du travail doit pouvoir aussi dire ce qui n'est pas acceptable et informer, le cas échéant, les salariés et leurs représentants des risques identifiés. Troisièmement, la logique prestataire peut conduire à des dérives, côté entreprise. L'entreprise peut considérer qu'elle possède un droit de tirage pour un volume de prestations incluses dans ses cotisations et solliciter les IPRP pour une prestation dont l'objectif n'est pas directement la santé des salariés. Le risque est clair en ce qui concerne les prestations ergonomiques.

Finalement, la logique prestataire tend à positionner la direction de l'entreprise comme interlocuteur unique du STT, autorisant ou non la réalisation de l'intervention, autorisant ou non la diffusion des résultats aux salariés et à leurs représentants. Hormis dans les grandes entreprises, l'implication des salariés dans les interventions analysées dans le cadre de cette étude est faible, parfois inexistante. Les salariés sont-ils les parents pauvres de la réforme introduisant la pluridisciplinarité en santé au travail ?

En **résumé**, les objectifs fixés lors de la réforme par la circulaire du 13 janvier 2004 et déjà rappelés dans la 3^{ème} partie du rapport n'ont pas encore tous été atteints :

- L'enrichissement de l'offre de prévention à destination des entreprises reste modeste car beaucoup d'IPRP restent à la porte. Encore faut-il que les entreprises expriment des besoins, si possible solvables.
- L'amélioration de la qualité des intervenants au service d'une amélioration de la prévention reste à faire et les modalités de l'habilitation ont été contreproductives de ce point de vue.
- L'optimisation de l'analyse des risques est loin d'être générale.
- Le décroisement de la prévention a gagné avec la coopération réussie des trois institutions mais le développement d'une logique de collaboration entre les médecins du travail, les chefs d'entreprise et les acteurs internes afin de renforcer la protection des salariés est comme on le voit une affaire de longue haleine.

Néanmoins, tout au long de notre étude, il nous a semblé voir émerger de nouvelles stratégies d'acteurs, porteuses de progrès, et nous avons recueilli un grand nombre de suggestions d'améliorations, que nous résumons dans le chapitre suivant.

11. Quelles sont les évolutions jugées souhaitables aujourd'hui ?

Dans le contexte actuel, faut-il conserver le dispositif d'habilitation, la fonction et le statut réglementaire de l'acteur IPRP tels qu'ils ont été conçus par les textes ?

11.1. L'habilitation

En préalable, il conviendrait de confirmer le souhait d'un **abandon de la désignation d'office des trois organismes** (CRAM, ARACT, OPPBTP) comme IPRP ce qui conduirait à mettre en cohérence les faits et le droit.

Ensuite deux orientations sont possibles pour les IPRP personnes physiques et morales, **abandonner le dispositif d'habilitation ou améliorer le processus et renforcer les exigences d'accès.**

11.1.1. Abandonner le dispositif d'habilitation ?

En cas d'abandon du dispositif d'habilitation, la question est de savoir par quoi le remplacer. Est-il possible de ne rien prévoir en dehors d'une déclaration des principes généraux de la pluridisciplinarité ? **Cela supposerait de changer la loi.** En cas de substitution d'un autre dispositif au dispositif d'habilitation, cela supposerait sans doute seulement de modifier le décret sauf à retirer leur compétence aux CRAM et aux ARACTs.

Quel pourrait être ce substitut ?

La technique de la déclaration et de l'enregistrement inspiré des organismes de formation ²³ est peut être une piste valide, mais elle paraît plus appropriée à des

²³ Toute personne physique ou morale qui exerce, à titre principal ou accessoire, l'activité de dispensateur de formation professionnelle doit, lors de sa création, déclarer son activité. Par la suite, elle doit établir chaque année un bilan pédagogique et financier retraçant son activité, appliquer des règles comptables spécifiques et respecter, dès lors qu'elle emploie des formateurs, la convention collective nationale des organismes de formation.

Tout prestataire de formation doit, dès la conclusion du premier contrat ou de la première convention de formation professionnelle, déposer auprès de la préfecture de région une déclaration d'activité. Cette déclaration est accompagnée soit de la première convention de formation professionnelle ou, à défaut, du bon de commande ou de la facture établi pour la réalisation d'actions de formation, soit du premier contrat de formation professionnelle. Elle est également accompagnée de pièces permettant l'identification, du prestataire de formation, de ses dirigeants, des titres et qualité de ses formateurs en relation avec les domaines de formation du prestataire, ainsi que de la réalité de son activité, et de sa capacité à conclure des conventions ou contrats de formation professionnelle ; la liste des pièces à produire est fixée par un arrêté du 30 septembre 2002 (JO du 8 oct.).

Dans les 15 jours à dater de la réception de la déclaration, le préfet de région délivre au déclarant un récépissé comportant un numéro d'enregistrement. « déclaration d'activité enregistrée sous le numéro... auprès du préfet de région de.... ».

personnes morales ou physiques extérieures aux SST. Sous réserve de la faisabilité juridique, la déclaration et l'enregistrement présenteraient l'avantage de réduire le contrôle a priori et d'assurer un suivi a posteriori inexistant aujourd'hui pour les personnes physiques et un mécanisme de radiation d'office simple.

Il pourrait réduire l'ambiguïté de la reconnaissance des compétences attachée au terme d'habilitation, en l'absence de contrôle sur le fond des capacités des candidats.

11.1.2. Améliorer le processus de l'habilitation et renforcer les exigences d'accès

Dans l'hypothèse d'une **amélioration du processus et d'une exigence accrue des conditions d'accès**, plusieurs évolutions sont souhaitables, et notamment :

- **rendre plus sélective l'habilitation** en durcissant les conditions d'accès au statut d'IPRP avec des critères de choix renforcés et précisés :
 - prévoir des niveaux différents d'habilitation permettant de distinguer le niveau de compétence intrinsèque en fonction des études accomplies et le niveau d'expérience professionnelle, avec des exigences différenciées selon les niveaux
 - réfléchir à la manière de distinguer les compétences et l'expérience des IPRP :
 - les généralistes, les analystes de la prévention, par rapport aux techniciens spécialistes
 - les IPRP expérimentés (les "seniors") par rapport aux débutants (les "juniors"), comme le font les consultants
 - les métiers, ou spécialités, à mentionner de manière explicite
- Limiter la durée de l'habilitation des personnes physiques à 5 ans comme pour les IPRP personnes morales
- Organiser les conditions du retrait d'habilitation
- Baser le renouvellement périodique sur la démonstration de l'exercice effectif des compétences sur le terrain
- Donner un pouvoir d'évaluation ou d'audit aux collègues interrégionaux ou aux CRAM/ARACT et OPPBTP.
- Imposer aux IPRP un bilan annuel d'activité

L'absence de bilan pédagogique et financier pendant deux années consécutives entraîne la caducité de la déclaration d'activité et donc l'impossibilité d'exercer l'activité de dispensateur de formation

11.2. La question du statut de l'IPRP

11.2.1. Renforcer la protection de l'IPRP ou préciser son statut ?

Selon la circulaire du 13 janvier 2004, le décret assure l'**indépendance** des intervenants par d'autres moyens appropriés que le statut protecteur, tel celui des médecins du travail ou des représentants du personnel. L'objectif est que ces intervenants ne puissent subir de préjudice en raison de leur activité de protection et de prévention des risques professionnels. La circulaire ajoute cependant que l'IPRP « bénéficie d'un statut protecteur, destiné à garantir, à la fois, son indépendance et sa liberté d'accès aux lieux de travail et d'information. » En cas de conventionnement, les garanties d'indépendance doivent être assurées pour l'IPRP externe par la soumission de la convention aux instances de contrôle.

Concernant les « IPRP internes », le décret précise que le comité d'entreprise ou d'établissement, ou les organismes de contrôle sont consultés avant tout recrutement ou licenciement de la personne employée par l'entreprise ou le SST interentreprises en qualité d'IPRP.

La mise en place de la commission médico-technique est prévue par le décret D 2004-760 du 28 juillet 2004 (article R 241-28-1 du code du travail). Elle a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres et permet d'associer direction du SST, médecins du travail et IPRP du service ou leurs délégués. Ses conclusions, ses réflexions et travaux sont communiqués selon le cas au comité d'entreprise, au conseil d'administration paritaire, au comité interentreprises, à la commission de contrôle ou à la commission consultative de secteur.

Les organisations syndicales souhaitent le renforcement de ce statut protecteur pour les IPRP employées par les SST. Les organisations d'employeurs ne le souhaitent pas et les IPRP sont partagés sur ce point. Leur souhait d'autonomie est plus fréquemment une demande d'« indépendance d'expert » par rapport au médecin du travail que par rapport au directeur du SST ou à l'entreprise.

La mise en œuvre effective de ces dispositions serait de notre point de vue une première étape. La définition du rôle de l'IPRP et de sa place au sein du SST, et également dans ses interventions en entreprise, renforcerait sa posture à l'égard des employeurs mais également des médecins du travail. Renforcer le niveau d'exigence pour accéder au statut serait également un point d'appui pour un renforcement de l'autonomie de l'IPRP.

11.2.2. Lever l'ambiguïté du conventionnement

Comme cela a été indiqué précédemment, il convient de clarifier les hypothèses où des conventions doivent être conclues dans le cas des interventions des IPRP de SST ou de structures mutualisées et dans le cas des IPRP externes. Le contenu des conventions pourrait être précisé sous la forme d'un modèle de conventionnement garantissant les conditions d'intervention de l'IPRP.

Plus généralement, un toilettage des textes et des circulaires d'application paraîtrait utile pour consolider le dispositif.

Il conviendrait donc de préciser les rôles et statuts respectifs des IPRP et des médecins du travail, les conditions de « l'indépendance » des IPRP au regard des entreprises et des SST, leur autonomie d'action à la demande des entreprises, les règles de confidentialité...

Il conviendrait également de notre point de vue de distinguer clairement :

- 1- les intervenants en prévention des risques professionnels employés dans les services de santé au travail interentreprises ou dans des structures mutualisatrices créées par des SST.
- 2 - les intervenants en prévention des risques professionnels rattachés directement à un SST autonome,
- 3 - les intervenants en prévention des risques professionnels employés directement par des entreprises et rattachés à un autre service que le SST autonome. Ce peut d'ailleurs être le cas d'entreprises importantes recourant par ailleurs au service d'un SST interentreprises.
- 4 - les intervenants en prévention des risques professionnels extérieurs au SST ou à l'entreprise,

en précisant à chaque fois leur régime juridique spécifique, les règles du conventionnement y compris le contrat de travail, le statut, et les garanties « d'indépendance ».

Il pourrait également être fait référence explicitement aux autres collaborateurs des SST non IPRP mais concourant à la mission pluridisciplinaire qui leur est assignée, les intervenants en santé au travail "IST".

11.3 Les conditions du développement de la pluridisciplinarité

En conclusion, il nous semble que **la pluridisciplinarité, pour se développer, devrait reposer sur quatre piliers, que sont la santé au travail, la prévention des risques, des financements accrus et le dialogue social.**

11.3.1 La santé au travail

La santé au travail repose d'abord sur la médecine du travail, qui va être lourdement confrontée à la pénurie démographique de médecins du travail.

La compétence "médicale" n'est pas transférable aux IPRP, à quelques exceptions près. Les pistes dans ce domaine sont davantage à rechercher dans un transfert de tâches avec les Infirmières d'entreprise.

En outre, la proportion d'IPRP personnes physiques dans les SST est trop faible pour qu'ils aient la capacité d'absorber une part significative de l'activité en milieu de travail des médecins du travail.

D'après les réponses à notre enquête en ligne, la présence active du médecin du travail dans la boucle de « prévention-suivi » rend le processus plus fluide et plus efficace.

Les médecins du travail doivent dégager du temps à consacrer aux actions en milieu de travail, sans que le suivi médical des salariés en souffre.

Outre la réforme des visites médicales hors de notre champ d'étude, les **pistes de travail** à approfondir sont,

- La mise en place des **équipes médicales collaboratives** :
 - formation des infirmières et des assistantes médicales
 - incitation de ces équipes à la collaboration avec les IPRP chargés de prévention primaire, dans le maintien d'un équilibre entre le noyau médical et les acteurs de la pluridisciplinarité
- le changement de culture (déjà en cours) des médecins du travail :
 - de l'approche individuelle actuelle (voire individualiste) à une approche projet
 - la formation complémentaire des médecins du travail (conduite de projets...)
 - le renouvellement de l'image : le médecin du travail comme "facilitateur d'interventions centrées sur la personne" et bien entendu comme conseil de l'entreprise, y compris des TPE
 - les expérimentations sur des actions collaboratives innovantes (ex : actions collectives de branche à destination des TPE, avec les médecins du travail)
 - l'incitation à la "pluridisciplinarité collaborative de terrain" : le renouvellement de l'agrément des SST pourrait être subordonné, non pas à une "pluridisciplinarité structurelle réglementaire", mais plutôt à la démonstration périodique d'une "pluridisciplinarité effective de terrain", sur la base d'un rapport annuel par exemple
 - la possibilité de "collaborations actives" des IPRP intervenant à la demande directe des entreprises ou des CHSCT avec les médecins du travail. Il conviendrait, au minimum, de s'assurer que le médecin du travail est bien dans la boucle d'information sur les interventions (préconisations, résultats...).

11.3.2 La prévention des risques

La prévention « primaire », c'est-à-dire une intervention le plus en amont possible dans le processus de travail, est un facteur clé de la réduction du taux de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les entreprises. Les grandes entreprises se sont structurées pour y parvenir. Les PME/PMI, et surtout les

TPE ont un fort besoin d'assistance dans ce domaine, même si beaucoup d'entre elles ne savent pas, ou ne souhaitent pas exprimer ce besoin.

Malgré l'instauration du tiers temps, la culture des SST a été traditionnellement orientée vers le suivi clinique des salariés, cette orientation étant confortée par les attentes des entreprises pour qui la médecine du travail reste le plus souvent synonyme de visites médicales.

La mise en place de la procédure d'habilitation n'a pas (encore) permis de sortir de ce paradigme. On en est très loin.

L'embauche d'une petite proportion d'IPRP, ou l'habilitation de personnels existants dans les SST, n'aboutissent pas à une masse critique suffisante pour que l'IPRP, spécialiste de la prévention primaire, devienne l'alter-ego complémentaire du médecin du travail.

L'IPRP de SST intervient encore souvent pour le compte du médecin du travail, en tant qu'auxiliaire ou "aide au tiers temps", sur de la métrologie par exemple, sans avoir ni la disponibilité, ni la liberté pour organiser de lui-même ses interventions de prévention primaire en entreprise.

En outre, pour de multiples raisons, les SST font aujourd'hui très peu appel à des IPRP externes, cabinets ou experts indépendants. Ils ne partagent pas leurs terrains d'intervention avec des intervenants externes.

Ces IPRP externes, dont l'existence et les compétences sont mal connues faute d'une communication efficace, interviennent le plus souvent à la demande des plus grosses entreprises, sans référence explicite à leur habilitation. L'habilitation n'a pas été, pour eux non plus, un facteur favorisant explicitement leurs interventions en prévention primaire.

Outre la clarification réglementaire sur l'habilitation et sur le statut de l'IPRP déjà évoquée précédemment, les **pistes de travail** à approfondir sont

- clarification organisationnelle :
 - inciter les services de santé au travail à évoluer vers une structure "médecins du travail" et une structure "IPRP" regroupant plusieurs IPRP et une direction IPRP (pour les gros services), avec un budget propre aux actions de prévention (critère d'agrément).
 - amélioration de l'expression des besoins et de la régulation :
 - avec le soutien actif des branches professionnelles et des partenaires sociaux, faire émerger la prévention et la santé comme des enjeux prioritaires dans les entreprises de toutes tailles, pour qu'elles expriment leurs besoins de manière proactive et pertinente
 - favoriser l'expression des besoins en formant à la prévention des risques professionnels (réglementation, droit du travail, évaluation RP, responsabilités,...) les futurs chefs d'entreprise dans les stages de courte durée organisés par les chambres consulaires
 - soutenir les entreprises vertueuses qui doivent trouver dans cette régulation un encouragement à persévérer dans leur investissement
-

(accentuation des bonus sur les cotisations AT/MP, en leur donnant aussi une plus forte visibilité pour les employeurs ?)

- pénaliser les entreprises "réticentes", les inciter à changer de posture et se mettre en conformité avec la réglementation (accentuation des malus, dans la même logique qu'au point précédent ?)
- formaliser le suivi et l'évaluation des actions de prévention (quantité ET qualité)
- information, communication :
 - constituer une base de données nationale / régionale des IPRP, avec mention de leurs compétences (et pas seulement de leur domaine d'habilitation), facilement accessible, et régulièrement mise à jour
 - lancer des campagnes d'information des collègues interrégionaux auprès des SST pour contribuer à faire connaître l'offre de service des IPRP locaux
 - organiser des campagnes d'information des collègues interrégionaux et des CRAM auprès des entreprises (directions, CHSCT, DP) pour contribuer à faire connaître l'offre de service des IPRP locaux
 - organiser de rencontres régionales à thème, réunissant les acteurs de la prévention : SST, IPRP, organismes de prévention.... Définition de "chantiers" régionaux
 - lancer des forums de discussion et de "fertilisation croisée" des IPRP
 - par un effort collectif, mettre en place une base de données nationale des "bonnes pratiques", comme au Canada
- soutien renforcé aux petites entreprises :
 - favoriser les diagnostics courts effectués par des IPRP généralistes, l'assistance à l'expression des besoins (voir § Financements)
 - transférer et généraliser les bonnes pratiques (ex : Document Unique en ligne, actualisable à distance, campagnes d'actions par métiers...)

Ces actions supposent des moyens à dégager notamment par les pouvoirs publics, la CNAMTS et les branches professionnelles, avec des pistes à approfondir sur les financements.

11.3.3 Les financements

La pluridisciplinarité est freinée dans son développement par des contraintes de financement :

- plafond des cotisations admissibles par les entreprises, réticentes à payer plus de charges,
 - en corollaire, réticence des SST à augmenter leurs tarifs, et à facturer des prestations supplémentaires telles que le recours à des tiers intervenants,
 - contraintes budgétaires dans les petits SST, mais aussi dans les petites entreprises, les deux facteurs se renforçant l'un l'autre au détriment des interventions pluridisciplinaires,
-

- lourdeur d'un processus de conventionnement pour les petites et très petites entreprises.

Les **pistes à creuser**, telles qu'elles ressortent notamment des suggestions faites par les interlocuteurs que nous avons interviewés, seraient les suivantes :

- le développement de la **mutualisation des ressources** :
 - cibles prioritaires : les petits SST et les petites entreprises, en manque structurel de capacité financière et humaine
 - la mutualisation d'IPRP généralistes expérimentés, trop coûteux pour les petits SST
 - le regroupement d'entreprises (sous forme d'association ou autres structures) sur une zone d'activité avec un IPRP commun pour les accompagner dans la maîtrise des risques, par des actions de conseil, d'assistance, d'études ... en liaison avec le médecin du travail et les représentants des CHSCT, DP...
- les **conventions tripartites d'objectifs** :
 - incitation au recours à des tiers intervenants, sur la base de conventions tripartites CRAM-SST-entreprise(s) sur des modules de pluridisciplinarité
 - pour atteindre les TPE, privilégier les actions collectives, les projets par branche, par métiers :
 - s'inspirer des avancées réalisées en Belgique, qui fait réaliser l'équivalent des documents uniques par des intervenants spécialisés de structures indépendantes dans les petites entreprises (obligatoire et annuel). Conventionner des intervenants externes aux SST dans ce sens.
 - mobiliser d'avantage les organismes de prévention et les DRTEFP pour le conventionnement d'interventions d'IPRP externes dans les TPE, sur des missions d'appui conseil

11.3.4 Le dialogue social

La pluridisciplinarité souffre d'un fort déficit de ce point de vue :

- Faible connaissance et surtout faible implication des instances représentatives et des CHSCT. Les IPRP sont souvent perçus par ces derniers comme des prestataires à la solde des directions d'entreprise. L'IPRP qu'il soit interne à l'entreprise, salarié d'un SST inter-entreprise ou consultant indépendant ne peut se substituer à l'expert CHSCT.
 - Insuffisance de contrôle du conventionnement et des structures ad hoc mises en place par les SST
 - Faible voix des IPRP dans les instances représentatives
 - Le statut de l'intervenant ne fait pas l'objet d'un débat
-

Les **pistes à creuser** de notre point de vue

- clarification conventionnelle :
 - intégrer les "nouveaux métiers" des IPRP dans les conventions collectives
 - renforcement du suivi des conventions
 - soumettre les conventions d'intervention des IPRP aux instances en trouvant des formules avec des garanties compatibles avec un fonctionnement régulier au quotidien (convention d'intervention cadre et présentation régulière des missions conduites par exemple au CHSCT ou aux DP)
 - prévoir les cas des interventions des IPRP externes mais également interne
 - développement des liaisons avec les CHSCT et DP
 - favoriser la coopération et l'information avec le CHSCT ou les DP lors des interventions des IPRP en liaison avec le médecin du travail
 - prévoir la participation aux CHSCT pour la restitution des résultats des interventions
 - contrôle de l'activité :
 - organiser l'information et la consultation des représentants du personnel sur l'activité, les recrutements et les licenciements des structures mutualisées (association ou GIE) créées entre services de santé au travail
 - utiliser pleinement les possibilités offertes par les commissions médico-techniques pour favoriser les échanges avec les IPRP
 - Faire réaliser un bilan de l'action des IPRP à présenter aux structures représentatives
-

Personnes rencontrées ou interviewées par téléphone :

Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

- **Mme Marie Laure BALMES**, directeur DRTEFP Nord Pas de Calais
- **Mme le Dr Jeanne-Marie BRILLET**, MIRTMO, Nord Pas de Calais
- **Mme le Dr Brigitte SOBCZAK**, MIRTMO, Nord Pas de Calais
- **Mme le Dr Christine THEVENARD**, MIRTMO, Nord Pas de Calais
- **M. Philippe LEMAIRE** directeur adjoint DRTEFP Nord Pas de Calais
- **M. Gérard CASCINO**, directeur DRTEFP Provence Alpes Côte d'Azur
- **Mme le Dr Hélène CERVANTES**, MIRTMO Provence Alpes Côte d'Azur
- **M. le Dr Jean Louis FUMERY** MIRTMO Provence Alpes Côte d'Azur
- **Mme Muriel GAUTIER** directrice adjointe DRTEFP Provence Alpes Côte d'Azur
- **M. Guy SEGUELA.**, directeur DRTEFP Poitou-Charentes
- **Mme le Dr BERSON-GUILLET**, MIRTMO Poitou Charentes
- **M. POUZET** directeur adjoint DRTEFP Poitou-Charentes
- **M. Gérard VAUDOU**, directeur régional délégué DRTEFP Poitou-Charentes.

Organisations syndicales

- **M. BILQUEZ** Force Ouvrière
- **M. Henri FOREST**, secrétaire confédéral de la CFDT
- **M. Pierre-Yves MONTELEON**, CFTC, responsable des questions de santé au travail au niveau confédéral, vice président de l'INRS
- **M. Jean François NATON**, secrétaire confédéral de la CGT
- **M. le Dr Bernard SALENGRO**, représentant de la CFE-CGC au CSPRP, Président du SNPMT (syndicat national professionnel des médecins du travail)

Organisations patronales

- **Mme Nathalie BUET**, chef du service santé au travail du MEDEF
- **M. le Dr Jean François CANNONE**, Président du GNMST BTP (groupement multidisciplinaire de santé au travail dans le BTP) représentant de la CGPME
- **M. Franck GAMBELLI** directeur du service sécurité et conditions de travail UIMM
- **M. le Dr François PELLET**, conseiller médical à la direction de la protection sociale du MEDEF
- **position écrite de l'UPA**

Représentants des services de santé au travail et des IPRP

- **M. Martial BRUN**, adjoint au délégué général du CISME
 - **Mme le Dr Mireille CHEVALIER**, secrétaire générale du SNPST (syndicat national des professionnels de la santé au travail)
 - **Mme Leila CHAKHTAKHTINSKY**, Secrétaire du SNIPR (syndicat national des IPRP)
 - **Mme Emilie DELETRE**, ingénieur IPRP chimiste
-

- **M. Arnaud DESARMENIEN**, Président de l'AFIST (association française des intervenants en santé au travail), animateur du réseau, IPRP au SST 72
- **M. Denis LEBEAUPIN** Président de la SAS Prévalys, réseau national d'IPRP franchisés
- **M. Joseph MESSINA** chef de projet ingénieur IPRP du BTP SP (BTP Santé Prévention Centre Est)
- **M. le Dr Gabriel PAILLERAU** délégué général du CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise)
- **M. Jean François PLEYNET**, Président de l'AFTIM (Association Française des Techniciens et Ingénieurs de sécurité et des Médecins du travail).
- **M. le Dr Pierre THILLAUD** directeur de l'Association Médicale Interprofessionnelle

Collèges d'habilitation

- **Mme Christine GUICHARD** ingénieur conseil , membre suppléant du collège n° 4 au titre de la CRAMRA
- **M. Nicolas FRAIX**, membre suppléant du collège n°4 au titre d'ARAVIS
- **M. Bernard MILLET**, ingénieur en chef du service prévention de la CRAMRA, membre titulaire du collège n° 4
- **M. Bernard STAEDLER**, membre suppléant du collège n°4 au titre de l'OPPBTP, Comité régional Rhône-Alpes
- **M. Michel DEJEAN**, représentant suppléant de l'OPPBTP, Comité régional Sud Ouest.
- **M. FREZIERES**, représentant suppléant, ingénieur conseil, CRAM Aquitaine
- **M. Michel FLEYGNAC**, représentant titulaire de l'OPPBTP,
- **Mme Sylvie MANGE** rédactrice technique, CRAM Aquitaine
- **M. Jean François THIBAUT**, représentant titulaire, directeur de l'ARACT Aquitaine
- **Mme Christine BULTHE**, assistante secrétariat C.I.H., CRAM Nord Picardie
- **Mme Pascale FASQUELLE**, assistante secrétariat C.I.H., CRAM Nord Picardie
- **M. Laurent HUGLO**, Ingénieur Conseil Régional Adjoint, CRAM Nord Picardie
- **M. Bernard JANSEN**, représentant titulaire, Directeur ARACT Nord Pas-de-Calais.

Organismes de prévention

- **Mr Philippe BIELEC**, ingénieur conseil CNAMTS, membre du comité de pilotage national
 - **Mr François LIET**, directeur du développement et des prestations de l'OPPBTP, membre du comité de pilotage national
 - **Mme Pascale MERCIECA**, représentante de l'ANACT au comité de pilotage national de la pluridisciplinarité
-

GLOSSAIRE

ANACT	Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT	Action Régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AST	Assistant(e) en santé au travail
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSPR	Conseil supérieur de prévention des risques professionnels
CTN	Comité technique national
CTR	Comité technique régional
DGT	Direction générale du travail
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
FIM	Fédération des industries mécaniques
GE	Grandes entreprises
GIE	Groupement d'intérêt économique
IDE	Infirmier (ère) diplômé(e) d'Etat
INRS	Institut national de recherche sur la sécurité
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
IST	Intervenant en santé au travail
MIRTMO	Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
ORST	Observatoire régional de santé au travail
PME	Petites et moyennes entreprises
TGE	Très grandes entreprises
TPE	Très petites entreprises
SAST	Secrétaire assistante en santé au travail
SST	Service de santé au travail
UIMM	Union des industries et métiers de la métallurgie
