

Approche du risque et approche médicalisée : rôle d'un IPRP

Propos recueillis par Jean-Michel Sterdyniak et Fabien Parise

Pouvez-vous présenter l'AFIST et votre engagement en Santé au travail ?

A.D : l'AFIST est née d'échanges -au départ régionaux- entre préventeurs exerçant dans des SIST, qui étaient isolés au sein de leurs services. Ces échanges portaient non seulement sur des sujets de prévention (évaluation des risques, méthodologies, ...) mais également sur la mise en place de la pluridisciplinarité au sein des services (protocoles, relations avec la direction et les médecins, ...) Au cours des discussions, le sentiment de ne pas être reconnus comme professionnels de la santé au travail était important. La loi de 2001, suivie du décret sur la pluridisciplinarité de 2003, entraînant des recrutements de nouveaux IPRP (à l'époque IST=Intervenants en Santé au Travail) sur l'ensemble du territoire, nous a conduit à nous réunir dans un cadre national.

A ce jour, l'association compte plus de 200 IPRP et IST de SIST (adhérents à l'AFIST) et plus de 500 membres sont recensés dans notre réseau qui continue à se réunir au niveau régional (coordonné par des référents) et national avec un colloque bisannuel. L'association permet d'apporter une visibilité et des moyens (site internet, organisation du colloque) au réseau.

Outre le besoin d'existence, le besoin d'être reconnu comme des interlocuteurs à part entière de la santé au travail nous a conduits dans un premier temps à nous réunir exclusivement entre IPRP et IST (bien que des médecins-IPRP ont beaucoup contribué hier et aujourd'hui au développement du réseau).

A ce jour, l'évolution positive de la pluridisciplinarité nous conduit à ouvrir les portes de notre prochain colloque à l'ensemble des acteurs de la santé au travail.

Quelles ont été les principales évolutions positives depuis 2003 ?

A.D : d'abord, le nombre d'intervenants recensés a sensiblement augmenté, tout comme le nombre de métiers représentés dans les services.

Au départ, le terme IPRP recouvrait un métier « générique » avec l'idée d'interchangeabilité entre les métiers sans compétences spécifiques : « l'IPRP qui sait tout faire ». Aujourd'hui, cette habilitation est associée à différents métiers et compétences bien distincts : ergonomes, toxicologues, hygiénistes, ingénieurs et techniciens HSE, psychologues, etc.

Ensuite, les missions ont également beaucoup évolué : avant, uniquement ponctuelles, mal exprimées et évaluatives, on retrouve aujourd'hui une véritable expression du besoin en santé au travail et prévention des entreprises.

Enfin, c'est surtout les attitudes qui ont changé.

Au départ, les IPRP souhaitaient être reconnus pour leurs compétences. Actuellement, ils souhaitent également être considérés comme des véritables acteurs de la santé au travail (participant aux conseils, orientations et décisions des services), à hauteur de leurs compétences et diplômes et non pas seulement comme des exécutants. Ainsi, beaucoup de médecins ont évolué vers la reconnaissance via une meilleure connaissance des IPRP, à la fois individuelle (les personnes) et collective (les métiers). Cette évolution s'est appuyée sur une meilleure connaissance réciproque des acteurs, sur une diminution des peurs (encore persistantes parfois) mais aussi sur une meilleure connaissance des « modes d'emploi » des IPRP (qui peut faire quoi ? à quel moment ?)

Quelles sont les difficultés encore rencontrées dans les services ?

A.D : d'abord, avec les médecins, le travail en équipe et la co-construction n'est pas toujours chose aisée, surtout sur le fait d'être sur un pied d'égalité. On en revient malheureusement trop souvent à encore être considérés comme des exécutants.

D'autre part, le système n'a toujours pas intégré cette notion de travail d'équipe. Nous sommes toujours dans un dispositif un peu expérimental, où l'individualisme peut encore se développer, y compris du côté des IPRP, notamment lorsque le travail en « équipe » devient très difficile (médecin « donneur d'ordres »).

Mais globalement, le binôme médecin-IPRP est en progrès et les gros problèmes restent à la marge et la pluridisciplinarité n'est plus remise en cause à ce jour. D'un point de vue plus collectif, il s'avère qu'il est très difficile de travailler en groupe, par projet dans les SIST. Il y a beaucoup de personnalités fortes et/ou représentatives qui peuvent devenir des freins à ces travaux lorsque leurs intérêts personnels sont trop mis en avant.

Et sur l'absence d'indépendance des IPRP ?

A.D : vis-à-vis des médecins, cette condition est nécessaire, évidemment, mais pas suffisante. Ce n'est pas le cœur du problème car ce n'est pas ce statut qui nous permettra de travailler ensemble d'emblée : ça se construit.



Arnaud Desarménien est ergonomiste-IPRP en Service Interentreprises de Santé au Travail (SIST) depuis 10 ans et président de l'Association Française des Intervenants en Santé au Travail (AFIST) depuis 2004.

N'avez-vous pas l'impression d'être parfois instrumentalisés par vos directions, qui proposent les IPRP comme prestataires de services ou dans des « bouquets de services » ?

A.D : cela dépend des services. Dans certains, oui, effectivement, ces dérives existent.

Mais nous avons aussi la possibilité de nous exprimer sur notre représentation de la prévention des risques professionnels, des types d'actions ou de « prestations » que nous pouvons réaliser et des moyens nécessaires. Je voudrais préciser aussi que les IPRP ont des valeurs, des éthiques et des déontologies au cœur de chacun des métiers de la santé au travail (il existe des chartes de déontologie pour les ergonomes, les psychologues et hygiénistes par exemple).

Et vis-à-vis des IPRP qui se font licencier pour avoir « trop » respecté leurs logiques de métier ?

A.D : avec le statut d'indépendance, il est clair que la défense serait plus facile. Mais la protection n'empêche pas les conflits. Mais je reste convaincu que l'indépendance n'est pas une condition sine qua non pour faire du bon travail. Il faudrait également une définition des missions des services de santé au travail et des recommandations et orientations sur les moyens pour les réaliser.

Il reste toujours un flou sur la définition de médecin pivot : qu'en pensez-vous ?

A.D : tant que « pivot » sera associé à « donneur d'ordre », je serai gêné par ce terme, et les choses n'avanceront pas dans le bon sens.

Mais si être pivot, c'est faire le lien entre les données individuelles et collectives en santé, besoins en prévention

des entreprises, alors oui, ce terme peut être utilisé et nous sommes sans doute dans une mission plus spécifique des médecins du travail.

Selon vous, l'IPRP peut-il être « chef de projet » ?

A.D : bien sûr, sur certains projets à compétence spécifique, comme les ergonomes dans les projets de prévention des TMS ou les toxicologues dans la prévention du risque chimique.

Seulement, il faut attribuer le rôle de chef/pilote de projet en fonction des compétences et des objectifs. Pour être chef de projet, il faut être compétent techniquement sur l'objet du projet, mais également en conduite de projet !

Et selon vous, l'IPRP peut-il intervenir seul ?

A.D : si on se place dans le cadre du travail d'équipe: non ! Il est nécessaire que les actions des différents acteurs de l'équipe s'inscrivent dans une logique commune et partagée. Si on ne fait que juxtaposer les compétences : oui... Honnêtement, vous aurez compris que je préfère la première option, car on est toujours plus « forts » à plusieurs ! Il est donc plus important de parler de travailler ensemble plutôt que d'indépendance...

Quelle est votre position sur le SNPST ?

A.D : concernant les syndicats en général, les IPRP ont eu beaucoup de méfiance car certains de ces syndicats leur ont « tiré » dessus dès le départ (pas d'indépendance = pas de déontologie ni d'éthique pour la santé au travail !). Aujourd'hui, la tendance générale des IPRP de SST serait à la création d'un syndicat spécifique à cette profession. D'autres voudraient que l'AFIST devienne un syndicat, ce qui n'est ni dans les buts, ni dans ces missions ! Depuis le début, nous nous évertuons à clarifier le fait que l'AFIST n'est pas et ne sera jamais un syndicat, mais seulement un support facilitant la construction et les échanges professionnels.

Il existe aussi une impression d'être « utilisés » par les syndicats pour augmenter leur nombre d'adhérents.

Personnellement, il me semble que le SNPST est l'un des syndicats présentant le plus d'ouverture à ce jour. Nous avons bien senti une évolution très positive depuis 2 ou 3 ans, notamment sur la notion de travail d'équipes, correspondant à l'arrivée de la nouvelle secrétaire il me semble. Cela dit, il semble qu'il y ait encore aujourd'hui des peurs, des réticences...

Voyez-vous des projets communs possibles entre SNPST et AFIST ?

A.D : pas directement puisque l'AFIST ne se positionnera jamais d'un point de vue syndical.

Néanmoins, indirectement et à titre individuel donc, cela est tout à fait possible !

Qu'est-ce qui pourrait lever la méfiance des IPRP vis-à-vis des syndicats et/ou du SNPST ?

A.D : des preuves tangibles que les choses avancent ! Il faudrait plus d'IPRP désignés comme représentants des syndicats dans les services et dans les négociations collectives, de plus en plus de documents illustrant la pluridisciplinarité, le travail d'équipe ! Cette interview est aussi un exemple d'avancée...

En conclusion, le SNPST veut mieux connaître les IPRP pour mieux construire la Santé au travail...

A.D : de notre côté, nous attendons que les médecins montrent qu'ils sont prêts à « payer le prix » (pas si élevé d'ailleurs !) : montrer qu'ils veulent travailler ensemble, reconnaître et respecter nos compétences !

NB : le prochain congrès de l'AFIST sera ouvert à tous les acteurs (IPRP ou non) de la prévention (de SST ou non) : renseignements et inscriptions sur le site de l'AFIST :

<http://www.iprp-ist.info/welcome/index.php>