

Restitution des Journées Santé-Travail 2015

Opérativité dans les SSTI : retour sur la conférence invitée du Pr Hubault

Dans la continuité de son intervention aux JST 2014, où il avait mis en exergue la nécessaire articulation que doivent opérer les SSTI entre modes d'organisation de la pluridisciplinarité et type de service à apporter aux entreprises, le professeur François Hubault a ouvert la 1^{ère} session des JST 2015 par une conférence invitée sur l'opérativité dans les SSTI. Si son raisonnement a été illustré par l'exemple des Risques Psycho-Sociaux, il s'agit là, comme l'a noté le professeur Roquelaure, président de séance, d'un angle applicable parmi d'autres. Les mécanismes de la relation de service décrits ci-dessous par M. Hubault, peuvent en effet s'entendre pour différents types de risques professionnels (TMS, lombalgie...).

Il s'agit d'essayer de comprendre comment les évolutions des questions de santé modifient la façon dont les Services sont engagés dans la prise en charge de ces questions.

Partons d'un constat : l'importance prise par la santé mentale dans les questions de Santé au travail déplace le centre de gravité de la prévention et de la préservation de la Santé au travail.

En effet, nous ne sommes plus dans des questions posées en termes d'*expositions*, comme il était classique de le dire s'agissant des risques physiques, chimiques ou biologiques, mais qui le sont en termes d'implication dans l'activité, et qui trouveraient donc leur source à l'intérieur même des sujets, dans leur façon de ressentir et de se positionner vis-à-vis de ce qu'ils font, dans leur façon d'être concernés par ce qu'ils font, ce qui pose la question de la subjectivité d'une manière très centrale. On pourrait résumer l'idée ainsi : les Risques Psycho-Sociaux n'atteignent pas les salariés qui ne se sentent pas concernés par le travail, ils concernent très directement les gens attachés à leur activité, qui lui donnent de l'importance.

Dès lors, ces risques se posent moins en termes de postes que de situations de travail, moins en termes de conditions de travail que sous l'angle de la condition *du* travail, c'est-à-dire de la question du sens : dès lors le sujet

s'aborde moins en termes de réduction du risque au sens propre que de développement de la capacité d'agir, de faire face à ces risques : il s'agit donc bien d'un déplacement du centre de gravité de la prévention, déplacement qui se fait de la compétence des professionnels de la Santé vers la compétence des managers, et qui appelle dès lors à un accompagnement du management et des managers dans leurs capacités à comprendre le statut de cette question et la raison pour laquelle elle les concerne au premier chef.

Les questions soulevées par le sujet de la santé mentale n'ont pas de solutions en tant que telles, ce sont plutôt des réponses, que l'on attend. On ne "règle" pas ce type de risques comme on réglerait un problème de bruit : il n'y a pas grand sens à "régler" un "problème" de sens, d'implication du travailleur, qui n'est pas un paramètre qu'on ajuste pour revenir à un seuil résolvant la question de l'exposition. Le traitement de la question va au contraire s'inscrire dans le temps, être de l'ordre de la vigilance, d'attention soutenue, continue, et nécessite de la présence dans une situation qui ne s'interrompt pas.

On a ici affaire à des problèmes qui n'ont pas vraiment de causes, de la même façon qu'ils ne se posent pas en termes de doses et d'effets : ils ont plutôt des raisons. Ce sont des scénarii, des narrations qui se mettent en place et amènent à la situation problématique : on n'est pas ici dans des systèmes déterministes qui permettraient, sur la base de facteurs donnés, de prédire des effets. Dès lors, les préventeurs sont sur des positions beaucoup moins assurées, qui ne relèvent pas de la capacité d'expertise. De sorte que la compétence qui va être mobilisée se joue dans la capacité à trouver des réponses plutôt que des solutions, et le terme "réponse" doit s'entendre à la fois sous deux angles

- *"répondre à"* : c'est une question de contingence, de pertinence, on répond différemment selon les acteurs auxquels on s'adresse, on est attentif à la ressource locale : il faut faire preuve d'une capacité d'appréciation politique : on est moins dans des vérités que dans des situations.

- *"en répondre"* : répondre de ce qu'on dit, engager la responsabilité. Dans ces situations, la compétence de l'intervenant est embarquée en soi : ce qui est dit a de la valeur et du pouvoir parce que c'est lui qui le dit.

Cela requiert une posture clinique, d'écoute et de soutien, plutôt que de ce qu'on appelle classiquement une expertise mobilisant des savoirs stables et applicables. Tout ceci renvoie, encore une fois, à une question qui concerne les assises, les fondements de la compétence et donc de l'autorité de celui qui parle. Il s'agit plus d'agir en puissance qu'en force : savoir trouver les leviers, les dimensions actionnables, que de trouver quelque chose à appliquer de l'extérieur qui suffirait dans les effets. On est moins dans la capacité de garantir ce qui va se passer que de soutenir et d'accompagner : c'est une posture moins commode, moins garante, qui relève d'un dispositif qui va devenir un enjeu d'efficacité : l'efficacité du système va se jouer dans des relations plutôt que dans des forces inscrites dans les personnes prises de façon isolée. Cela change complètement la manière dont les professionnels de la prévention doivent trouver et travailler ensemble : à la fois entre eux (pluridisciplinarité) et avec les managers. Là se pose la question de la posture de conseil, qui va renvoyer à une différence à faire entre la prestation et la relation.

C'est là que la question de l'opérativité dans les Services de santé au travail interentreprises se pose : on a bien à la fois le *"travailler ensemble"* en interne, et avec des partenaires, qui sont maintenant positionnés comme eux-mêmes des acteurs de la prévention : les managers.

Comment se présente la question de conseil ? On peut distinguer deux formules d'intervention :

- les interventions à *"état final connu d'avance"* : on y a la maîtrise d'une dynamique, d'un processus qui fait qu'en connaissant les facteurs de cause, en ayant les sources et à travers la connaissance que l'on a des systèmes d'inférence, on peut prédire les effets, de sorte que l'intervenant est quelqu'un d'engagé sur la base d'un résultat qu'on peut définir à l'avance et sur lesquels il sera jugé ;

- les interventions à état final "*non connu d'avance*" : on ne sait pas et on ne peut pas savoir l'effet réel final qui sera obtenu, ce n'est pas prédictible au sens propre, parce qu'il n'existe pas de modèle de transformation stable, déterministe pour prédire des effets sur la base de ce qu'on engage.

Le premier type fait généralement appel à des modèles physiques, biologiques, dans des domaines stabilisés en connaissance et où les inférences sont maîtrisées ; le second fait appel à des dynamiques sociales, psychosociales. Une seconde dimension s'attache à cette question du conseil, qui présente deux cas de figure :

- le cas où l'entreprise, le client, cherche à se décharger de la question, qu'il confie au prestataire au motif qu'il ne sait pas la traiter, et donc la soustraite. Il attend alors du prestataire qu'il s'en charge, déchargeant ainsi celui qui paye le prestataire : logique de la solution ;

- le cas où le prestataire est sollicité pour aider l'entreprise à s'en charger, et non pas à s'en décharger. On ne vend pas ici le fait de se décharger de la question mais de trouver dans celui qu'on fait venir le moyen de s'en charger, ensemble, et in fine, de façon autonome pour l'entreprise : logique de la réponse.

Dans les postures de conseil, il y a sur ces deux cas, des options différentes, et c'est dans la manière dont elles se combinent que vont se jouer les modalités de l'intervention. S'agissant des SSTI, il y a des questions qui relèvent d'intervention avec résultat prédictible, et l'entreprise est alors fondée à demander au SSTI qu'il la décharge de la question, dont la technicité permet une sous-traitance, et d'autres relevant d'intervention aux résultats non connus, où il s'agira de mettre en place des processus, des développements plutôt qu'un résultat cible connu d'avance, et tout se jouera alors dans une coopération, dans le soutien : le SSTI aidera l'entreprise à s'en charger.

Du côté des SSTI, on retrouve donc cette dimension qui distingue la prestation de la relation. Dans le Service, il y a une dimension stable, standard, basée sur des protocoles, des consignes, qui fait que le Service présente des modalités de type industriel : on est là dans la prestation, qui concerne des situations stabilisées. Et puis il existe la dyna-

mique de la relation, fondée sur des logiques de coproduction de résultats. Ce qui nous intéresse ici, c'est de regarder comment ces deux plans, le conseil et le service, entrent en résonance l'un et l'autre. Si on raisonne sur des situations à état final connu d'avance, on va logiquement être dans des modalités d'intervention où l'entreprise demande au SSTI de prendre en charge : prestation, où l'on doit pouvoir s'engager sur un résultat, sur une durée, sur un coût, soit de s'engager dans un processus qui maîtrise, a priori, toute la dynamique de transformation. On sera alors là dans des logiques de compétitivité ou de comparaison, où le benchmarking fera loi : à situations stabilisées et savoirs applicables, la comparaison est tout à fait possible entre deux prestations. On sera donc, au sein du SSTI, dans un mode de gouvernance interne qui repose sur les mêmes modèles que ceux des entreprises, dans lesquelles incidemment, pour cette même raison, on a des problèmes de santé. Problèmes que l'on retrouvera donc en interne dans les SSTI, puisque ces modèles jouent sur le vivre ensemble entre les métiers (médecins, ergonomes, psychologues) et créent des tensions puisque tout repose sur des capacités de coordination bien ajustées : tout retard met en péril le tout. Ce modèle va ainsi imposer une gouvernance de type industriel, classique mais dont on sait le caractère pathogène. Sous cet angle-là, la pluridisciplinarité va installer cette mise en tension, car dès lors que la question de la Santé domine celle de la médecine, la mise en concurrence des responsabilités relatives, la prépondérance de l'un ou de l'autre va changer selon le cas traité.

Si on passe dans le second cas de figure, où l'état final de l'intervention n'est pas connu d'avance, et où l'entreprise ne peut donc pas se décharger de la question sur le prestataire, l'enjeu va être de le rendre capable de s'en charger, dans une relation de coopération plus que de prestation : on est là dans le modèle de la relation de service. Dans ce modèle, on est sur une question économique compliquée : l'intervenant (le Service) n'a pas la maîtrise de la durée, des coûts... puisque tout dépend de la qualité de la relation avec l'entreprise, qui va se jouer au long terme et ne peut être prédite d'avance (volonté des protagonistes, réticences des autres...). De fait, l'on n'a pas de visibilité claire sur les moyens à mettre, donc sur le prix.

Dans toutes les structures de conseil, cette question se pose, et renvoie à des réflexions propres au métier de conseil (ergonomes compris) qui doit trancher entre un modèle de la prestation qui l'industrialise, le pousse vers des standards, des méthodologies applicables, et le met dans des compétitions par les coûts, ou joue plutôt sur une modalité de la relation, où la façon de conclure, de contracter et d'organiser les conditions économiques de l'intervention est objectivement plus complexe, et où la question de la valeur devient centrale : tout se décide sur une base coopérative, ensemble. C'est un enjeu extrêmement puissant de développement des organisations, mais dont il faut convenir de la complexité à traiter la question au quotidien, qui nécessite de plus en plus une innovation organisationnelle. De sorte qu'ici, l'opérativité se joue sur d'autres règles, sur d'autres références. Si ce caractère tout à fait différent n'est pas compris, on va vers des situations de crise. Si on sait le régler, alors on instaure une dynamique du sens, du collectif, et donc de l'intérêt professionnel. Nous sommes dans des métiers qui ont besoin d'approfondir leur réflexion, leur compréhension du lien entre les modèles économiques dans lesquels ils sont gérés et les modèles professionnels qui les soutiennent, en l'occurrence, les rapports à la Santé, selon qu'on définit la Santé en termes de cause-effet ou d'une dynamique telle qu'en jeu dans la santé mentale.

Il y a une résonance à saisir, entre un côté, les modèles où le résultat final est connu (logique de la prestation) et le modèle d'intervention dans des situations à état final non connu, qui oblige à chercher à s'en charger ensemble, dans une relation de service plutôt que de prestation.

Au final, la question est celle de l'évaluation. Comment juger les capacités d'agir ensemble et donc de l'efficacité ?

L'évaluation doit conjuguer trois angles, trois fonctions :

- Les dispositifs de conseil, état final non connu, relation de Service, coopération... demandent des dispositifs d'appréciation contradictoires. On ne peut plus juger de la réalité des effets d'un seul point de vue. Une relation cause-effet permet de mobiliser une description stabilisée de la situation, et donc de déboucher sur une appréciation univoque : ce n'est pas le cas ici avec des questions non stabilisées

et des dynamiques de la coopération. On est là au cœur des problèmes dits RPS dans les organisations : une des raisons de ces risques tient au déficit, justement, de controverses, de conflicités sur ce que veut dire "faire bien", et l'enjeu est donc de pouvoir faire reconnaître le point de vue de chacun dans la manière dont chacun juge ce que qualité veut dire, et réaliser que ce jugement n'appartient à personne en propre, mais qu'il est de la responsabilité managériale d'établir la controverse, pour se donner in fine les moyens d'un arbitrage. Ce sont exactement les mêmes mécanismes qui doivent se jouer dans l'évaluation de l'intervention en Santé : la possibilité de la controverse, à la fois disciplinaire (point de vue psychologique, médical, social...), méthodologique (comment faire) et politique (quelle valeur reconnaît-on à la question du point de vue des effets de société). Ces arbitrages là sont décisifs, et une des fonctions des structures tels les SSTI doit être d'aider les organisations à mettre en place ces dispositifs de controverse, ce qui suppose qu'en interne, on ait soi-même appris à le faire.

- Seconde dimension : la professionnalisation. L'enjeu est de faire de l'évaluation un moyen de professionnaliser : on apprend, dans la controverse, à

préciser son propre point de vue, ce qui crée une dynamique professionnalisante. L'évaluation ne vient pas évaluer un métier, elle le produit, elle le crée, le développe. La vertu n'est pas juste rétroactive mais proactive. L'évaluation n'est pas un rétroviseur qui enregistre le passé, mais une action qui, lorsqu'elle a lieu, fait exister par elle-même un autre avenir, et a donc une fonction performative. Evidemment, cela suppose qu'elle ne soit pas conçue pour venir vérifier, mais pour projeter. C'est en cela qu'elle présente une fonction de développement de l'organisme évalué.

- Ainsi, la 3^{ème} dimension de l'évaluation est la suivante : associée à la confrontation, aux connaissances, aux théories, aux disciplines, elle a un effet de recherche, de développement du savoir, et donc d'innovation organisationnelle.

M. François Hubault est professeur d'ergonomie et d'écologie humaine à l'Université Paris I Panthéon Sorbonne. Le verbatim audio de son intervention peut être retrouvé sur le site du Cisme. Le prochain numéro des Informations Mensuelles reviendra notamment sur la conférence invitée du professeur Frimat et du docteur Letheux. ■



Parution

Fonctions Publiques : une approche pluridisciplinaire de la Santé au travail - Pr Alain Dômont

Cette nouvelle édition 2015 du livre d'Alain Dômont "Fonctions Publiques : une approche pluridisciplinaire de la Santé au travail" se donne comme premier objectif d'aider les médecins de prévention et les médecins du travail du personnel hospitalier à mieux cerner leur rôle médical et leur rôle de préventeur en milieu du travail.

Cet ouvrage vise aussi à mieux faire connaître aux médecins agréés la "Santé au travail" exercée dans le secteur public (fonction publique d'Etat, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière).

Editions **DOC/S**
www.editions-docis.com/

70 € TTC - 774 pages



E-learning pour sensibiliser vos adhérents aux risques professionnels : L'Afometra vous accompagne

Depuis 2014, l'Afometra met à disposition des Services de santé du travail 8 modules d'e-learning élaborés pour leur permettre d'aider leurs entreprises adhérentes à s'informer sur les risques professionnels.

Faciles d'accès, conçus pour un nombre illimité d'utilisateurs, ces modules permettent à chaque Service de suivre les connexions de ses adhérents, via des statistiques qui lui sont propres.

Après un an d'exploitation, l'Afometra propose d'accompagner les Services dans la diffusion de ces modules auprès de leurs adhérents par un certain nombre d'actions :

- La mise à disposition d'une **animation explicative** (en démonstration lors des dernières journées du Cisme).
 - L'**organisation de webinars** (séminaires en ligne) à destination des référents e-learning des Services pour leur rappeler les principes de fonctionnement, les bonnes pratiques et les aider dans leur communication auprès de leurs adhérents.
 - Une **mise à jour régulière** des modules déjà existants.
 - La **conception de trois nouveaux modules** pour 2016 qui auront pour thème les addictions, le vieillissement et le sommeil.
- Deux webinars sont d'ores et déjà programmés le **1^{er} décembre** et le **17 décembre**.

Vous pouvez vous inscrire dès maintenant auprès d'Agnès Hauck (01 53 95 38 94 ou a.hauck@afometra.org).



AFOMETRA
formation en santé au travail