

Ateliers du Cisme

Restitution des Ateliers de Bourges

La 1^{ère} édition 2016 des Ateliers du Cisme s'est tenue à Bourges, le 4 février dernier, rassemblant plus de 50 participants.

Avec quatre sujets touchant à l'activité des SSTI et à la pluridisciplinarité, cette édition a naturellement réuni une large palette de métiers représentés dans les Services : directeurs, directeurs opérationnels, médecins, infirmiers, IPRP, techniciens évaluation des risques, ergonomes...

Lors de ce premier arrêt 2016, les Ateliers de Bourges se sont déclinés sur les thèmes suivants :

- La prise en compte des plans Santé dans l'activité des SSTI
- La prise en charge des addictions par le SSTI
- L'activité du collaborateur médecin
- Les actions pluridisciplinaires entre deux visites médicales

La prise en compte des plans Santé

Deux présentations ont ouvert cet atelier, dont les angles respectifs ont illustré la question du décalage de temporalité entre plans Santé (nationaux ou régionaux) et projets de Service et agréments des SSTI. Alors que le SISTEL (Chartres) a montré de quelle façon le Service avait pu s'approprier les plans à leur parution, intégrant notamment les éléments pertinents à l'élaboration de leur projet de Service, l'ACMS (Suresnes) a dû réajuster son projet de Service déjà formalisé. Parmi les points clefs soulevés lors des présentations comme des débats, on retiendra notamment ici :

- Au moment de la "réception" des Plans Santé (PST, Plan Cancer, Plan Santé-Environnement...), le premier exercice des SSTI consiste souvent à recouper les éléments qui font écho à leurs propres pratiques, projets en cours et à leur analyse du besoin.

- Selon ce qu'il ressort de cette analyse, des objectifs peuvent être réorientés pour s'ajuster aux finalités poussées par les différents Plans Santé, notamment lorsque les instances partenaires et signataires du CPOM (Direccte, Carsat) sont inscrites dans les mêmes dynamiques et poursuivent des objectifs communs.

- La prise en compte des plans tend ainsi à renforcer la gestion de projet, car, au-delà de l'implication, en interne, des différents métiers du SSTI, elle nécessite également une coordination avec les acteurs externes. Dès lors il, s'agit de pouvoir déterminer qui fait quoi, qui pilote, trace et évalue une action, l'indicateur d'évaluation le plus pertinent restant la modification de comportement de l'entreprise adhérente.

- Cette question de gestion de projets pose aussi celle de la responsabilité de chacun et de leur articulation : un Plan, en tant que commande collective de l'État constitue une forme d'injonction plus ou moins forte à conjuguer avec les injonctions légales déjà existantes pour les SSTI. Par ailleurs un cadrage au niveau national peut ne pas prendre en compte les spécificités locales (bassin d'emploi, expositions professionnelles...) du territoire couvert par les SSTI. Le meilleur moyen de composer avec les deux reste le partage du diagnostic : les SSTI doivent ainsi, autant que possible, contribuer au diagnostic territorial, et donc influencer sur la déclinaison régionale du PST (PRST) pour une cohérence entre commande publique et besoin individuel des adhérents du Service. Le poids des Services dans la conception de ces PRST n'est évidemment que plus impactant s'ils présentent un diagnostic cohérent et partagé entre eux en premier lieu.

- Selon les SSTI participants, le temps consacré aux plans et au "flux d'activité" du Service (réponse à la réglementation, fiches d'entreprise, visites périodiques...) se distribue sur un rapport estimé de 20 % / 80 %.

- Les Plans peuvent aussi constituer un appui à la stratégie de communication, pour expliquer auprès des entreprises adhérentes pourquoi un sujet traité par le SSTI – et rattachable à un Plan Santé – constitue une priorité d'action.

Quelles actions pluridisciplinaires entre deux visites médicales ?

"Sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, l'agrément du service de santé au travail peut prévoir une périodicité excédant vingt-quatre mois lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles (...)." (C. trav., art. R. 4624-16).

Si les textes permettent donc un espacement des visites, ils ne figent pas la forme des actions complémentaires : actions par salarié ? Par entreprise ? Les pratiques diffèrent selon les SSTI. Les présentations respectives des Services SISTRM St-Lô et Santra Plus, ainsi que les discussions entre les participants, ont permis de dégager plusieurs exemples :

- Dans les suites des Fiches d'entreprise réalisées en plus grand nombre, il est recherché le développement d'une culture de prévention par le Service (information, action de sensibilisation) mais aussi par l'employeur, par le référent sécurité de l'entreprise, par des témoignages d'autres entreprises...

- Ces actions de sensibilisation peuvent être individuelles ou collectives, des rencontres physiques, animées par des professionnels de santé, utiliser des modules d'E-learning, des bibliothèques de partage en ligne...

- Certains SSTI optent pour l'action de sensibilisation au niveau individuel, allant jusqu'à émettre une convocation et à reporter les présences et absences des salariés suivis, tracées ensuite dans le dossier d'entreprise et le dossier du salarié. Reste que l'impact de ces actions est difficile à évaluer.

- Collectives ou individuelles, les actions nécessitent d'être priorisées : analyse du besoin, établissement de cibles prioritaires...

- L'aspect "pluridisciplinaire" nécessite une répartition des rôles claire, y compris pour ce qui est de la saisie et de la traçabilité.

- La traçabilité demeure un enjeu majeur, pour un suivi adapté et pertinent entre deux visites médicales, et pour pouvoir justifier de ce suivi. Une des propositions du rapport Issindou préconisait une visite tous les cinq ans pour tous les salariés, indépendamment de leur(s) changement(s) de contrat sur cette période. Si un tel suivi était mis en place, la possibilité de pouvoir tracer un salarié (par un numéro unique) et la surveillance de l'état de santé dont il a bénéficié d'une entreprise à une autre serait plus que jamais un enjeu majeur de Santé au travail.



- La question du système d'information en Santé-Travail (interopérabilité,...) demeure donc centrale, quelles que soient les modalités adoptées pour le suivi entre deux visites médicales.

Addictions : quelle prise en charge par le SSTI ?

Telle qu'inscrite dans la loi de 2011, "[la prévention] de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail" est au rang des missions de conseil des SSTI à destination des entreprises. Au-delà de cet aspect réglementaire, les SSTI reçoivent des sollicitations de leurs adhérents en la matière, et font de nombreux constats lors des visites médicales et entretiens infirmiers. A la dimension médicale, la question des addictions ajoute souvent une dimension sociale amenant les SSTI à travailler de façon coordonnée, en interne avec les différents métiers de la pluridisciplinarité, en externe avec les instances concernées. A l'issue des présentations des Services Pôle Santé Travail (Lille) et AIPST 18 (Bourges), les débats entre intervenants et participants ont soulevé les enjeux suivants :

Au-delà du texte de la loi de 2011, la question des addictions dépasse celle de la consommation de substances addictives sur le lieu de travail, et peut recouvrir des réalités managériales dans l'entreprise, sociales en dehors...

- La prévention comme la prise en charge des addictions est une mission nouvelle qui peut nécessiter une formation des médecins et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaires du Service.

- A l'inverse des autres professionnels de Santé ou du social confrontés à cette question de l'addiction (addictologue, médecin hospitalier, assistant social etc.), les médecins du travail sont concernés par l'enjeu de l'avis d'aptitude, ce qui rend leur positionnement complexe vis-à-vis du salarié. Il est donc important de les entendre, de prendre en compte la façon dont ils considèrent eux-mêmes leur implication, avant d'organiser la prise en charge.

- Ces différentes raisons (positionnement du médecin du travail, dimension sociale...) font préférer une approche pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin du travail. Ce premier peut, par exemple, se charger du repérage, mais confier l'intervention à l'infirmier, dont la relation avec le salarié est différente et peut permettre un espace d'échange plus "adapté".

- Aux actions de prévention collective doit être associé, pour les salariés touchés, un accompagnement en prévention individuelle, géré dans les exemples donnés par un IPRP spécifique. Par ailleurs, beaucoup tentent d'établir des approches ou des documents personnalisés et non globaux, comme on pourrait l'imaginer pour d'autres types d'expositions professionnelles (bruit, risque chimique...).

- Pour ce qui est de la prévention individuelle, les SSTI tendent à privilégier l'approche "repérage précoce, intervention brève" : il s'agit de ne pas attendre une situation de dépendance pour agir. Les outils de dépistage clinique (ques-

tionnaires CAST, FACE) s'avèrent parmi les plus utiles.

- La prévention collective, elle, fera l'objet notamment d'actions de sensibilisation et d'information... Et de coordination avec les instances externes, elles aussi concernées, sociaux ou santé : addictologues, ARS, Carsat ou même Mildeca.

- La prévention des addictions ne peut être efficace au long terme qu'en cherchant la source : pourquoi un salarié consomme-t-il des substances addictives et / ou psycho-actives dans une entreprise donnée ? TMS ? RPS ? Souffrance au travail ?

Les participants aux débats ont également rappelé l'existence de textes ou d'outils partageables : les recommandations de bonnes pratiques (Revue INRS) ou encore la "boîte à outils addiction" du SST BTP 21.

L'activité du collaborateur médecin

Ce sont les Services SISTNI (Bourgoin-Jallieu) et AIMS 37 (La Riche) qui ont ouvert cet atelier de deux présentations, revenant notamment sur la formation et le parcours d'intégration du collaborateur médecin dans le SSTI et sur les activités de celui-ci au sein de la structure. Les questions et points soulevés lors des discussions qui ont suivi ont été les suivants :

- De quelle façon motiver à la fois les collaborateurs médecins, mais aussi les tuteurs, à assumer ces fonctions respectives ? Les collaborateurs médecins présents ont expliqué que, de leur point de vue, le passage de la médecine générale à la médecine du travail permet un renouvellement, une ouverture sur le monde de l'entreprise et donc un contact avec le monde économique et social.

- Les tuteurs présents ont dit être motivés par la stimulation intellectuelle (la fonction incite à une analyse ou à un renouvellement de ses propres pratiques). Les directions sont ainsi amenées à récompenser cette implication forte.

- Par ailleurs, les chaires étant inégalement réparties sur le territoire, certains SSTI peuvent connaître plus de difficultés à "recruter" des médecins tuteurs.

- Se posent aussi des difficultés liées au cursus : la formation du collaborateur médecin ne peut être validée sans les stages requis. Or, certaines Directions donnent priorités aux internes : il ne reste alors plus de places disponibles



pour permettre au médecin collaborateur d'effectuer le stage.

- L'intégration du collaborateur médecin peut aussi requérir une formation interne sur le travail en équipe, et, en tous les cas, un parcours d'accueil permettant de découvrir le fonctionnement du SSTI, les actions en entreprise...

- Si les dispositions légales de la loi Touraine relatives au collaborateur médecin sont à applicabilité immédiate, la délégation des missions du tuteur au collaborateur médecin relève bien sûr du cas par cas : la logique pédagogique articulant la relation des deux médecins sera différente d'un cas à l'autre. Les textes précisent simplement les deux conditions à réunir : une action de formation et l'existence d'un protocole.

- Un collaborateur médecin peut donc être amené à signer un avis d'aptitude – ou à effectuer tout autre acte relevant de la compétence du médecin du travail – dès lors que son tuteur l'envisage pertinent et qu'un protocole existe.

- L'élaboration des dits protocoles est un acte médical, écrit de la main du seul tuteur, ce qui n'empêche pas une concertation préalable avec le collaborateur médecin et les autres médecins du Service.

- Le caractère médical du document fait que son élaboration ne relève pas de la direction, mais il a été réaffirmé l'intérêt d'une réflexion au sein de la CMT et d'un échange des pratiques en la matière, et cet échange peut être facilité par la direction.

Si la circulaire du 9 novembre 2012 tendait à limiter son exercice, la récente loi Santé, publiée le 26 janvier dernier, pose que le collaborateur médecin exerce "les fonctions dévolues aux médecins du travail", sous la double condition de l'engagement dans une formation et de l'existence du cadre d'un protocole écrit et validé par son tuteur. Ainsi, l'activité du collaborateur médecin peut être ajustée par le tuteur au fur et à mesure de l'avancée de sa formation qualifiante.

Pour plus de précisions sur les méthodes et interventions des différents Services, leurs supports de présentations et documents associés peuvent être consultés sur le site du Cisme (Espace adhérents > Réunions et informations > Ateliers). Les prochaines rencontres auront lieu à Béthune, le 19 mai 2016. ■

La nouvelle DUP en discussion au CMIE

Le CMIE est une association de Service de santé travail interentreprise agréée sur Paris et l'Île de France. Il est organisé en 8 pôles géographiques comprenant 18 centres et fonctionne avec 250 salariés. Pour assurer la représentation du personnel ainsi que le dialogue social, le CMIE a installé traditionnellement un Comité d'Entreprise (CE), des Délégués du Personnel (DP), ainsi que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT).

Lorsque la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a été publiée, elle a ouvert la possibilité aux entreprises de moins de 300 salariés, de mettre en place une délégation unique du personnel (DUP) élargie. Il est désormais possible de réunir en une seule instance, les DP, le CE et le CHSCT. Pour mettre en place cette DUP élargie, l'employeur consulte, en amont, les trois instances concernées. Cette faculté est ouverte lors de la constitution ou du renouvellement de l'une de ces trois instances.

Le principal avantage est de réduire le nombre de réunions qui ont lieu sur convocation de l'employeur tous les 2 mois, soit 6 réunions par an, dont 4 doivent porter sur des attributions du CHSCT. De plus, ces réunions communes donnent la possibilité de rendre des avis uniques du CE et du CHSCT sur certaines questions. Le deuxième avantage concerne le nombre d'élus qui est plus réduit. Cette concentration du nombre de sièges est, pour partie, une consécration d'une réalité très répandue dans les PME. En effet, un certain nombre de mêmes élus, cumulent les mandats et se retrouvent aux mêmes réunions pour traiter des mêmes questions, à plusieurs reprises. Le troisième avantage a été introduit par la réduction et la flexibilité attribuées aux heures de délégation. Réduite à un maximum qui serait de 21 heures pour les plus grandes PME, la réforme assouplit son utilisation en tendant vers une annualisation des heures de délégation. Ainsi, les élus pourront utiliser mensuellement jusqu'à une fois et demi, leur crédit d'heures de délégation. De plus, en informant l'employeur, les titulaires pourront transférer leurs heures de délégations aux suppléants.

Cette organisation se traduit par un gain de temps avec un ordre du jour unique, mais aussi par une discussion élargie avec les compétences des membres du

CE, des DP et du CHSCT. Ainsi, avec cette simplification et des interlocuteurs moins nombreux, le dialogue social va gagner en efficacité et permettra de se concentrer sur les questions les plus stratégiques de l'entité. Enfin, les salariés ont des interlocuteurs uniques, ce qui facilite les échanges de proximité, car il n'est pas toujours évident, pour le personnel, de distinguer l' élu à contacter en fonction de leur problématique.

Si l'on se questionne maintenant sur les inconvénients induits par cette nouvelle organisation, chacun des avantages, pour certains, peut être vécu comme un inconvénient pour d'autres. Les nouveaux élus devront certainement trouver une organisation qui leur permette d'assumer ces multi-casquettes. Toutefois, cette remarque est pondérée par la possibilité qu'offre la loi Rebsamen de prendre des dispositions plus favorables par accord d'entreprise. Ainsi, le nombre d'élus et d'heures de délégation peut être augmenté par négociation.

L'inconvénient majeur peut apparaître en cas de climat social tendu, au travers de positionnement de blocage commun des élus. Des postures de contradiction systématique peuvent rendre l'avancée des débats plus complexe et le dialogue social en serait impacté. Dans ce contexte, nul doute que les avantages d'une instance unique deviendrait un outil de barrage concentré. Le CMIE va renouveler ses instances représentatives du personnel en juin prochain et a engagé une discussion avec ses partenaires sociaux afin d'étudier ensemble quels sont les avantages et les limites de la mise en place de cette nouvelle DUP.

L'obstacle le plus prégnant à l'heure actuelle ne réside pas dans la possibilité qu'offre la réforme, mais tout simplement dans l'attente des décrets d'application. En effet, toute mise en place se trouve de facto empêchée, faute de connaître précisément notamment comment seront nommés le secrétaire et son adjoint à la DUP, mais également le nombre d'élus par seuil de salariés et leur nombre d'heures de délégation précis.

Face à ce calendrier contraint, le CMIE et ses partenaires sociaux poursuivent leur processus d'organisation des élections, mais restent en attente des dispositions réglementaires pour finaliser leur discussion relative à la nouvelle DUP. ■