



**HAL**  
open science

## Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014

Sandrine Caroly, Makafui Sallah, Aurélie Landry

### ► To cite this version:

Sandrine Caroly, Makafui Sallah, Aurélie Landry. Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité. Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014 . [Rapport de recherche] PACTE - LIP. 2015. halshs-01120308

**HAL Id: halshs-01120308**

**<https://shs.hal.science/halshs-01120308v1>**

Submitted on 25 Feb 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**AFISST**

Association française  
des IPRP de SSTI

**Rapport de recherche :**

**Tâches, objectifs des IPRP de SST et pluridisciplinarité.**

**Analyse des résultats du questionnaire AFISST-PACTE des IPRP 2014**

**Référence : Recherche Pluriprev (ANSES)**

**Sandrine Caroly, Makafui Sallah , Aurélie Landry**

*Février 2015*

## Plan du rapport

	<b>Pages</b>
1/ La demande et le contexte.....	6
2/ Caractéristiques des répondants.....	7
3/ Evolution des métiers des IHSE et Ergonomes entre 2006 et 2014 .....	14
4/ Les domaines d'activité selon les métiers.....	15
5/ Primauté des objectifs de santé ou de sécurité selon les métiers.....	23
6/ Approche des niveaux de prévention selon les métiers.....	29
7/ Modalités de collaboration avec les médecins du travail.....	31
8/ Partenariat et projet de service.....	38
9/ Les responsables de pôle IPRP .....	39
Conclusion.....	41
Annexe.....	42

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Poursuite des objectifs « santé » selon les métiers des IPRP répondants

Tableau 2 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon les métiers des IPRP répondants

Tableau 3 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon la demande du médecin du travail

Tableau 4 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon la demande de l'entreprise

Tableau 5 : Répartition du sentiment de répondre aux objectifs de santé des répondants

Tableau 6 : Répartition de l'efficacité des objectifs « santé » des répondants

Tableau 7 : Répartition de l'efficacité des objectifs « santé » des répondants

Tableau 8 : Répartition des temps consacré aux différents niveaux de prévention des IPRP

Tableau 9 : Répartition des motifs pour les IPRP expliquant l'écart entre le nombre attendus de médecins avec lequel l'IPRP doit travailler et le nombre de médecins avec qui il travaille réellement

Tableau 10 : Répartition des relations de travail entre IPRP et autre membre de l'équipe pluridisciplinaire

Tableau 11 : Répartition de la perception des IPRP sur l'intégration de la pluridisciplinarité selon les acteurs

Tableau 12 : Répartition des liens des IPRP avec les partenaires

## Liste des figures

Figure 1 : Répartition des répondants selon le sexe

Figure 2 : Répartition des répondants selon les classes d'âge

Figure 3 : Répartition des répondants selon l'ancienneté dans la fonction

Figure 4 : Répartition des répondants selon l'ancienneté dans le service de santé au travail

Figure 5 : répartition de l'échantillon selon le statut des répondants

Figure 6 : Répartition des répondants selon les métiers

Figure 7 : Répartition des tranches d'âge des répondants selon les métiers.

Figure 8 : Répartition de l'ancienneté dans la fonction IPRP des répondants selon les métiers

Figure 9 : Les tâches réalisées par les répondants

Figure 10 : Les domaines d'intervention des IPRP répondants

Figure 11 : Le domaine « évaluation des risques » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 12 : Le domaine « information conseil » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 13 : Le domaine « ergonomie » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 14 : Le domaine « risques organisationnels » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 15 : Le domaine « recherche documentaire » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 16 : Le domaine « métrologie ambiance physique » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 17 : Le domaine « sécurité » (prévention AT) selon les métiers des IPRP répondants

Figure 18 : Le domaine « maintien dans l'emploi » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 19 : Le domaine « toxicologie » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 20 : Le domaine « animation groupes interentreprises » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 21 : Le domaine « psychosociologie du travail » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 22 : Le domaine « hygiène industrielle » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 23 : Le domaine « métrologie ambiance chimique » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 24 : Le domaine « formation des salariés à la prévention » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 25 : Le domaine « épidémiologie » selon les métiers des IPRP répondants

Figure 26 : Poursuite des objectifs « santé » selon l'ancienneté dans la fonction IPRP

Figure 27 : Répartition de la définition des objectifs qualitatifs

Figure 28 : Répartition de la définition des objectifs quantitatifs

Figure 29 : Autorités ressenties par les IPRP répondants

Figure 30 : Le temps consacré aux différents niveaux de prévention selon le métier des IPRP

Figure 31 : Répartition des modalités de collaboration définies (toujours-souvent) avec le MDT selon le métier des IPRP en 2006 et en 2014

Figure 32 : Répartition des modalités de collaborations définies (toujours-souvent) avec le médecin en fonction de l'organisation en pôle de prévention et cellule (ou équipe pluridisciplinaire) selon le métier des IPRP

Figure 33 : Protocoles d'intervention écrits selon le métier des IPRP

Figure 34 : Pré-visite en entreprise avec le médecin du travail selon le métier des IPRP

Figure 35 : Répartition de la définition des modalités de collaboration avec le MDT

Figure 36 : Répartition de la manière de réaliser l'intervention dans l'entreprise (le plus souvent)

Figure 37 : Répartition de la présentation des rapports dans l'entreprise (IPRP seul ou avec un autre membre de l'équipe)

Figure 38 : Répartition des métiers des responsables de pôle prévention

Figure 39 : Répartition de l'ancienneté des responsables de pôle prévention par rapport à l'ensemble des IPRP répondants

Figure 40 : Modalités de collaboration définies avec les médecins du travail selon les responsables de pôle prévention et l'ensemble des IPRP répondants.

Figure 41 : Participation des responsables de pôle prévention aux différentes instances du SST (oui) par rapport à l'ensemble des IPRP répondants.

## **1/ La demande et le contexte**

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une demande d'étude formulée par l'Association Française des Intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail (**AFISST**). En effet dans une première étude en 2006 initiée par cette même structure en association avec le CISME, il était question de recueillir des données descriptives sur la pluridisciplinarité dans les services inter-entreprises. Cette première étude a montré qu'il existe une grande diversité de fonctions et de métiers dans les services de santé au travail. Elle a également pu souligner le nombre de plus en plus croissant d'IPRP. Cependant, les données de 2006 non seulement n'avaient pas été totalement exploitées, mais aussi n'apportaient pas tellement de réponses sur le contexte pluridisciplinaire dans lequel les IPRP exercent leur fonction. Une deuxième étude dans laquelle s'insère notre travail fut donc lancée en 2014. Cette étude qui s'inspire de la première, s'inscrit dans un programme de recherche développé par les laboratoires PACTE (recherche Pluriprev ANSES) et LIP de Grenoble, sur la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, en collaboration avec l'AFISST. La demande qui nous a été formulée était non seulement d'analyser les données de l'étude de 2006, mais aussi de la comparer avec celle de 2014 et de mener des analyses plus approfondies.

## 2/ Caractéristiques des répondants

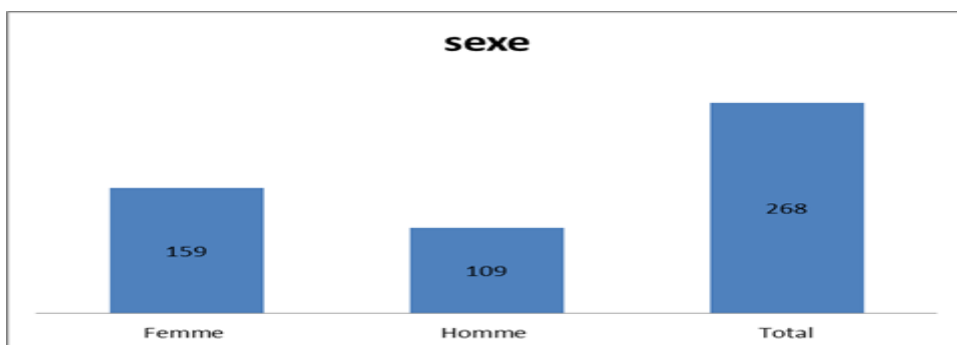
**Nombre de répondants :** 269 IPRP ont répondu à l'enquête. Le questionnaire a été envoyé de façon large à un ensemble d'IRPR travaillant dans les services de santé au travail. Actuellement, il y a environ 1100 IPRP dans les services de santé interentreprises. Nous ne pouvons déterminer si l'échantillon des répondants est représentatif ou non de la population des IPRP du fait qu'aucune donnée sur les caractéristiques de la population générale n'est disponible et que nous ne pouvons pas plus comptabiliser non plus les caractéristiques de la population à qui le courriel a été envoyé.

### Préambule : Les biais d'une enquête en ligne

Utiliser une enquête en ligne permet un gain de temps en termes de saisie et de collecte de données à grande échelle. Cependant cette méthode peut engendrer quelques biais liés à l'absence de contact avec les répondants et à la non-compréhension de certaines questions qui ne peut pas être partagée avec l'enquêteur. Nous avons demandé aux personnes volontaires de nous accorder un temps d'entretien, ce qui pourra réduire en partie ce biais. De plus certaines classes d'âges restent difficiles à atteindre par internet. Dans le cas de notre étude, on note fort heureusement une grande variété dans l'âge de nos participants.

### Le sexe et l'âge

Lorsque l'on considère le sexe de nos participants, on relève une forte présence féminine avec une proportion de 59,1% alors que les hommes ne constituent que 40,5% de notre population.



*Figure 1 : Répartition des répondants selon le sexe*



La moyenne d'âge de nos participants est de 36 ans. Il s'agit d'une population plutôt jeune dont plus de la moitié a un âge situé entre 22 et 35 ans (cf. figure 2).

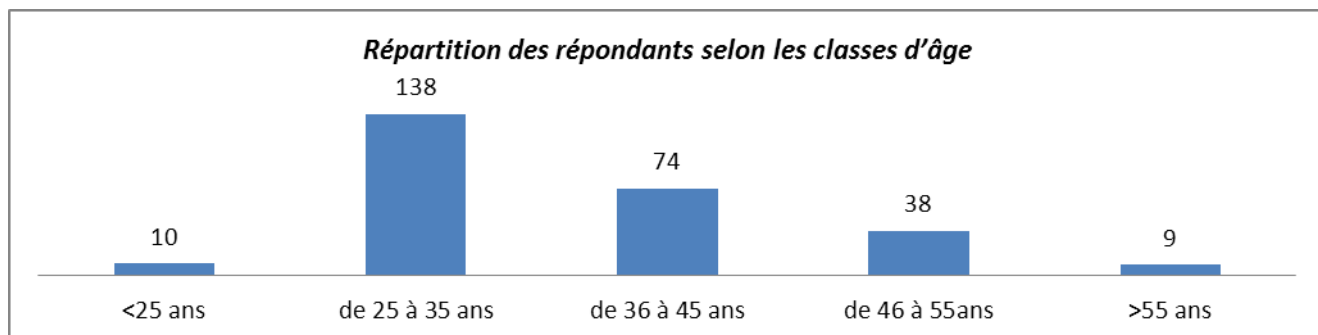


Figure 2 : Répartition des répondants selon les classes d'âge

### L'ancienneté dans la fonction IPRP (N=269)

Les IPRP n'ont pas encore beaucoup d'ancienneté dans la fonction d'IPRP : 40,5% ont moins de 5 ans d'ancienneté dans la fonction et 50% ont entre 5 et 10 ans d'ancienneté dans la fonction.

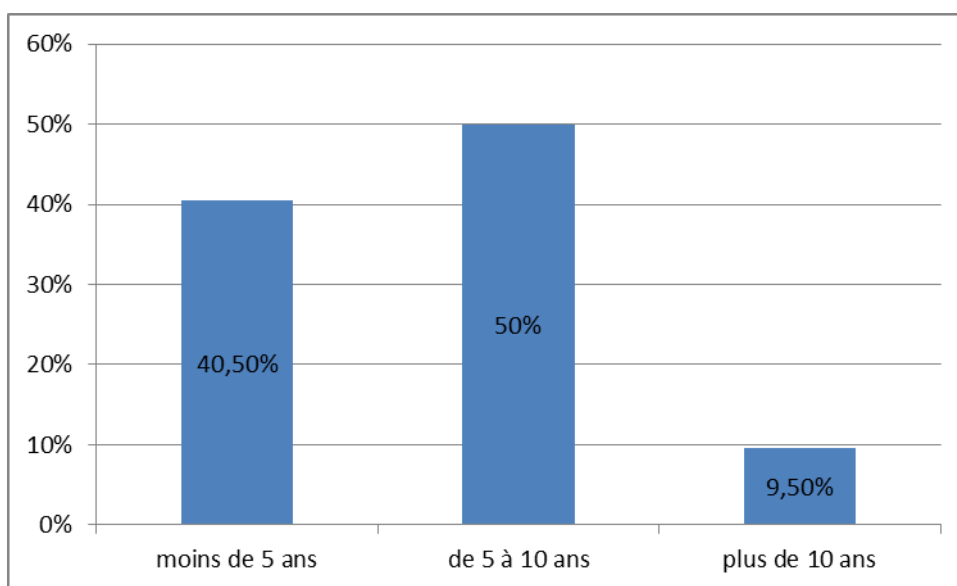


Figure 3 : Répartition des répondants selon l'ancienneté dans la fonction

## L'ancienneté dans le service de santé au travail

L'ancienneté dans le service de santé au travail est relativement peu élevée. Elle est de moins 5 ans pour 42% des répondants, de 5 à 10 ans d'ancienneté pour 38% des IPRP et de plus de 10 ans pour 20% des IPRP. L'ancienneté de plus de 10 ans dans le service de santé au travail (20%) est plus élevée que l'ancienneté dans la fonction IPRP (9,5%). Ce résultat indique qu'une partie du personnel des services de santé au travail est devenue IPRP.

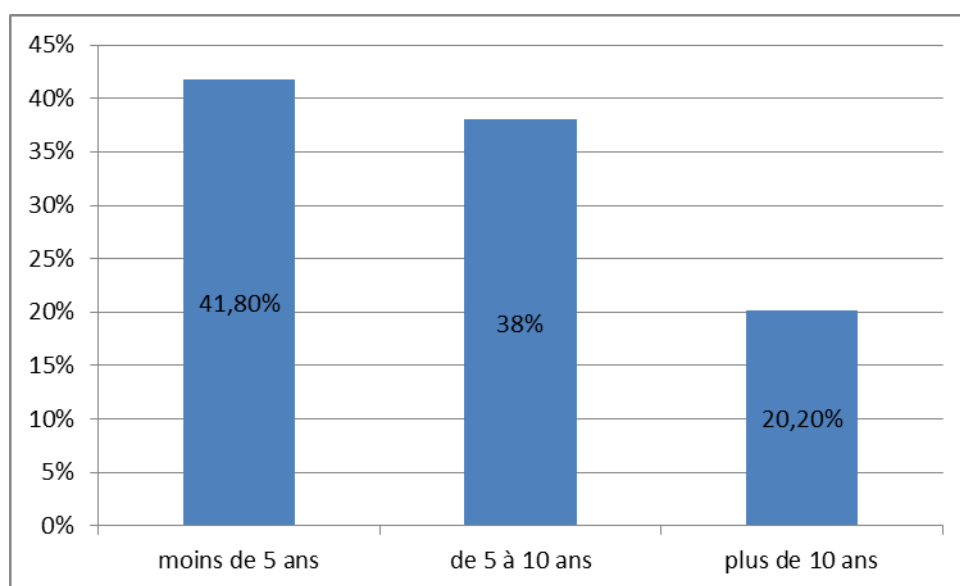


Figure 4 : Répartition des répondants selon l'ancienneté dans le service de santé au travail

## Le statut des répondants

Les cadres constituent environ les deux tiers de notre population, suivis par les techniciens supérieurs et les employés. On constate que nous avons une population qui à côté de leur fonction d'IPRP, occupe des positions relativement élevées dans la hiérarchie de leur métier. Ce qui peut être un indicateur de leurs expériences professionnelles.

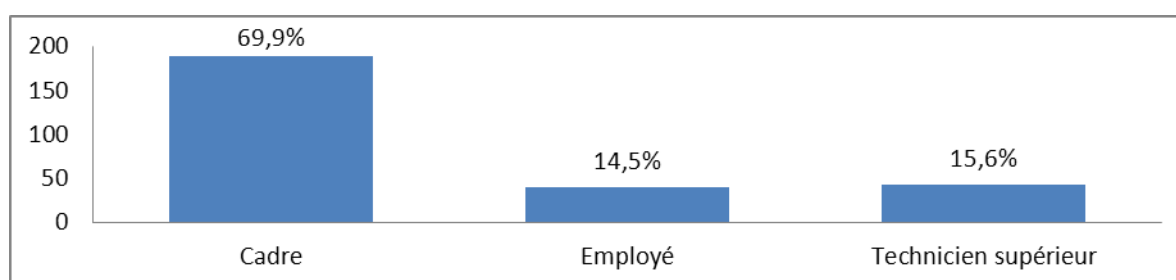


Figure 5 : répartition de l'échantillon selon le statut des répondants

## Une population hétérogène en métier

Notre population (N = 269), se caractérise par une forte hétérogénéité notamment en ce qui concerne leurs origines professionnelles. On dénombre ainsi 40,5% de techniciens en prévention / d'assistants en service de santé travail (ASST), 26% d'ergonomes, 23,4% d'ingénieurs et 10% de psychologues du travail. On note également que les techniciens en prévention, les ergonomes et les ingénieurs constituent le trio de tête de notre population, probablement parce que leur métier semble très proche de la fonction d'IPRP.

### Répartition des répondants selon les métiers

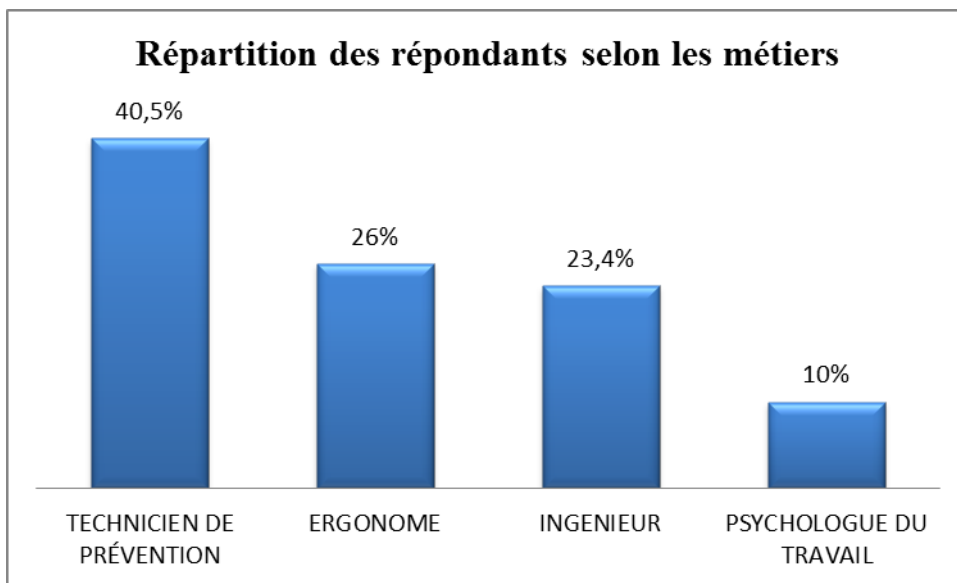


Figure 6 : Répartition des répondants selon les métiers

### Répartition selon le métier et l'Age de répondants

Les techniciens de prévention sont les plus âgés.

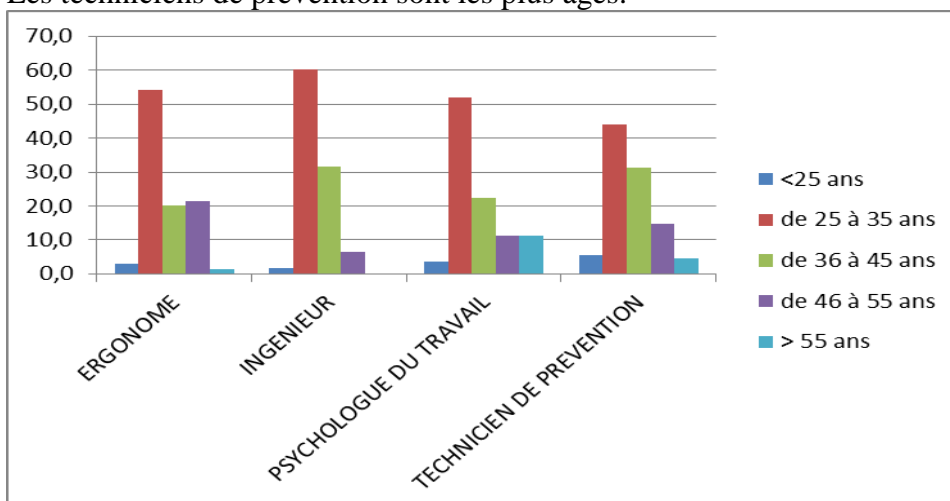


Figure 7 : Répartition des tranches d'âge des répondants selon les métiers.

## Ancienneté dans la fonction IPRP

L'ancienneté dans la fonction d'IPRP est relativement faible : en grande majorité moins de 10 ans d'ancienneté. Les psychologues du travail apparaissent le métier le plus jeune occupant cette fonction d'IPRP. Les ingénieurs en prévention des risques semblent avoir un peu plus d'ancienneté que les ergonomes ou les techniciens HSE.

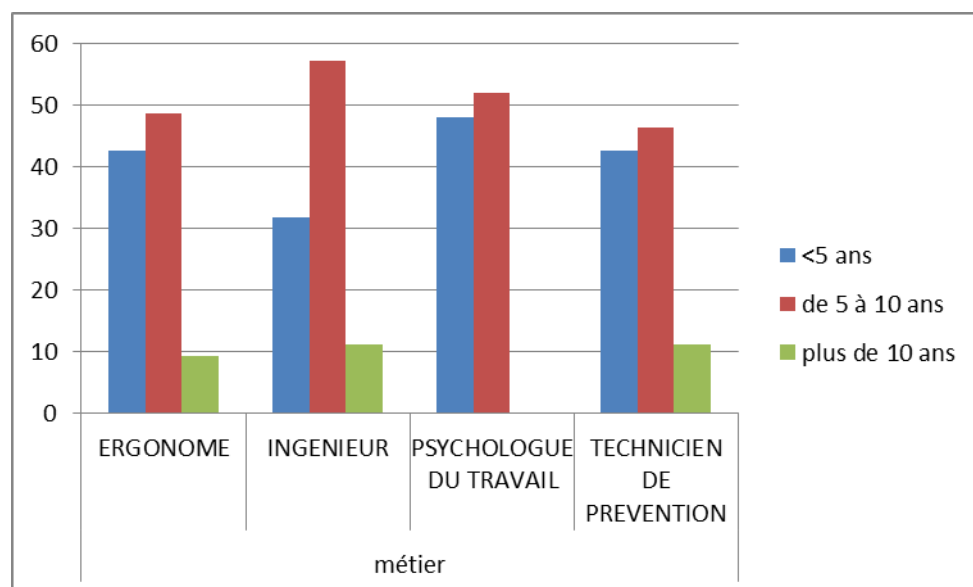


Figure 8 : Répartition de l'ancienneté dans la fonction IPRP des répondants selon les métiers

## Caractéristique de statut et d'emploi des IPRP

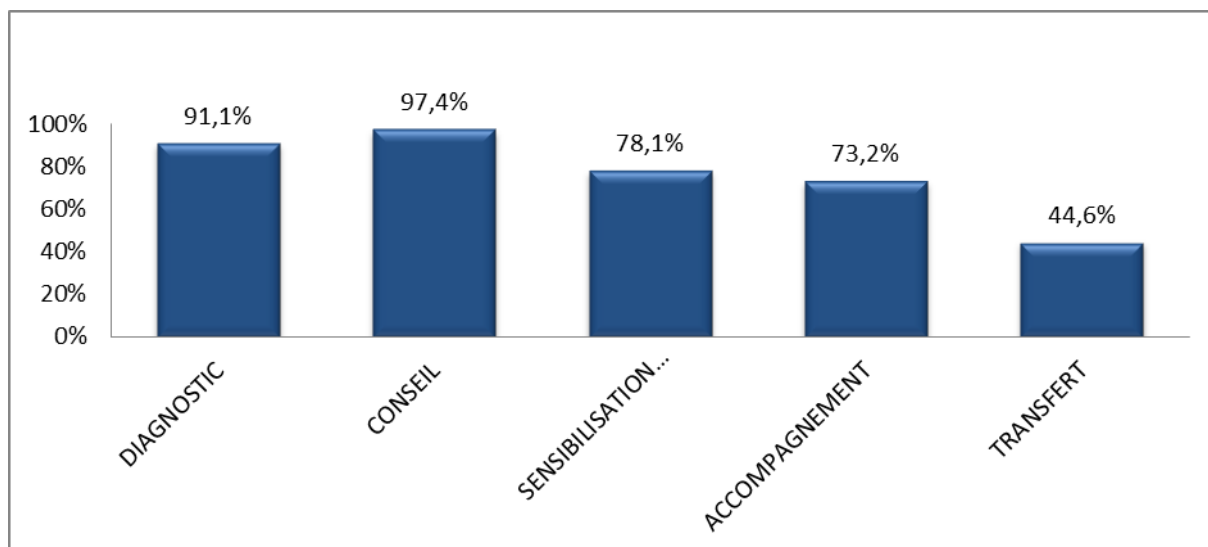
82% des IPRP sont habilités. 72% ont été désignés comme IPRP par la direction du service de santé au travail.

77% des IPRP ont uniquement une fonction d'intervenant en santé travail dans le travail. Parmi les 23% qui assurent une autre fonction, il s'agit principalement de fonction de responsable de pôle pluridisciplinaire (44%), de fonction liée à l'informatique (10%), de fonction liée à la communication (10%), ou autres (36%).

98% des IPRP ont un seul employeur.

## Les principales tâches réalisées

Dans l'ensemble, les graphiques ci-dessous (*cf.* figure 4) nous indiquent la répartition des tâches de nos répondants. Le diagnostic (91%) et le conseil (97%) sont les tâches les plus fréquemment réalisées et semblent donc constituer une articulation majeure des activités des IPRP. La sensibilisation (78%) et l'accompagnement (73%) sont également importants. Les tâches de transfert (46%) sont moins importantes.



*Figure 9 : Les tâches réalisées par les répondants*

## Les domaines d'intervention

Les répondants interviennent essentiellement sur des problématiques liées à l'évaluation des risques professionnels (195 réponses sur 269) soit 73% des réponses, à l'information et le conseil des salariés (70%) et à l'ergonomie (67%). La question sur les domaines d'intervention a été mesurée sur une échelle à 4 modalités (pas du tout important/peu important/assez important/très important). Les résultats présentés ci-dessous représentent des regroupements des réponses de « important » et « très important » (cf. figure 10).

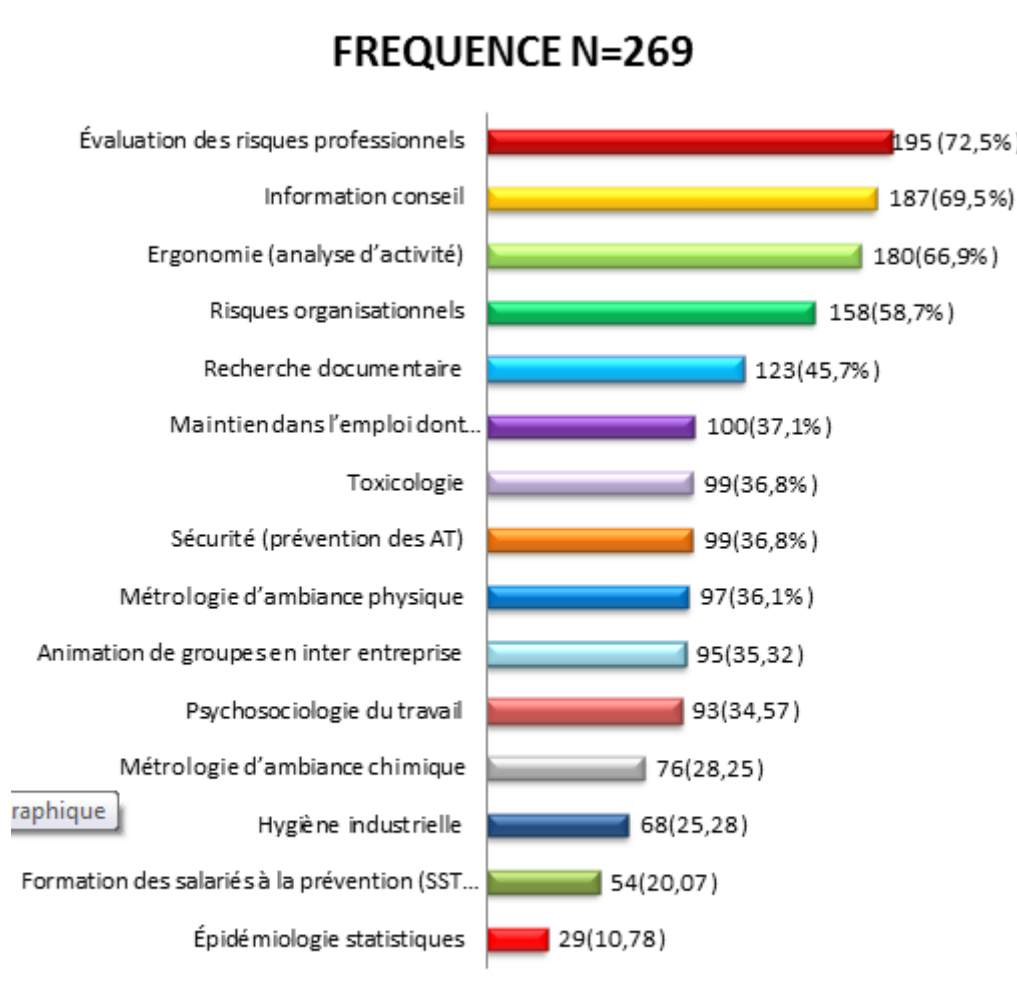


Figure 10 : Les domaines d'intervention des IPRP répondants

### **3/ Evolution des métiers des IHSE et Ergonomes entre 2006 et 2014**

#### **Comparaison entre 2006 et 2014 des domaines d'activité pour les IHSE et les ergonomes**

Seulement 19% des répondants avaient déjà répondu au questionnaire de 2006 ont répondu au questionnaire 2014. Il faut donc être prudent sur la comparaison entre deux périodes des domaines d'intervention des IPRP avec des échantillons différents. Cependant nous pouvons tirer quelques enseignements de cette comparaison des domaines d'intervention entre deux périodes pour deux fonctions, les ingénieurs en prévention des risques (IHSE) et les ergonomes (Cf. figures en annexe 1).

Les domaines d'activité qui restent importants pour les IHSE entre les deux périodes sont l'évaluation des risques, la sécurité et l'information-conseil. Les domaines de l'hygiène industrielle, de la métrologie, de la recherche documentaire, de l'animation de groupe, de l'épidémiologie sont importants mais en baisse entre 2006 et 2014. Les domaines de l'ergonomie, du maintien en emploi, de l'information aux salariés sur la prévention sont en baisse entre les deux périodes et constituent des domaines moins importants pour les IHSE en 2014. Sans que cela constitue une part importante de leur activité, on observe une augmentation des interventions en psychologie du travail et une relative stabilité de l'activité dans le domaine des risques organisationnels.

Les domaines d'activité qui restent importants pour les ergonomes entre les deux périodes sont l'ergonomie, les risques organisationnels et la psychologie du travail avec une légère augmentation de ce dernier domaine d'activité. Le maintien dans l'emploi reste important mais tend à diminuer en 2014, tout comme l'animation des groupes inter-entreprises, la recherche documentaire et l'épidémiologie. On observe une grande diminution des domaines de l'évaluation des risques, de la sécurité, de la métrologie physique et des ambiances chimiques, de l'hygiène industrielle, des informations salariés en prévention et de l'information conseil qui ne constituent plus en 2014 des activités importantes dans les interventions des ergonomes.

On peut penser que le recrutement de nouveau professionnel technicien de prévention et assistante de santé au travail, ainsi que l'ancienneté des métiers d'IHSE et d'ergonomes dans les services de santé au travail ont participé à redistribuer les tâches en fonction des rôles de chacun et des compétences spécifiques au métier. Ainsi les ergonomes semblent davantage réaliser de l'ergonomie et des risques psycho-sociaux et les IHSE des tâches d'évaluation des risques et de sécurité.

#### 4/ Les domaines d'activité selon les métiers en 2014

Pour les trois domaines les plus importants dans la fonction d'IPRP (Ref de 67 à 73%), on remarque que l'évaluation des risques est plus importante pour les IHSE et les techniciens de prévention, puis les ingénieurs chimistes (cf. figure 11). Le domaine de l'information conseil est plus important pour les ingénieurs chimistes, les IHSE et les techniciens de prévention (cf. figure 12). Le domaine de l'ergonomie est plus important chez les ergonomes et les psychologues (cf. figure 13)

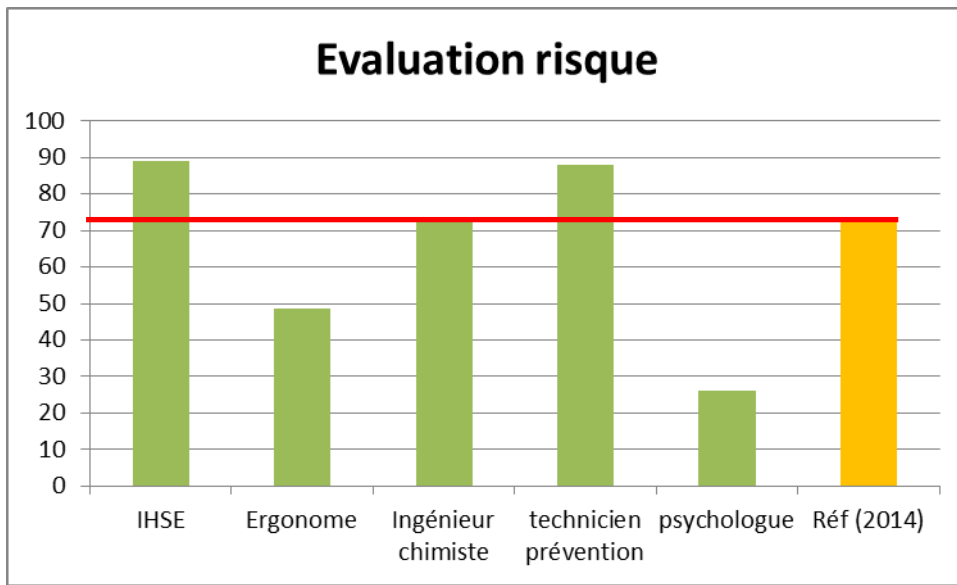


Figure 11 : Le domaine « évaluation des risques » selon les métiers des IPRP répondants

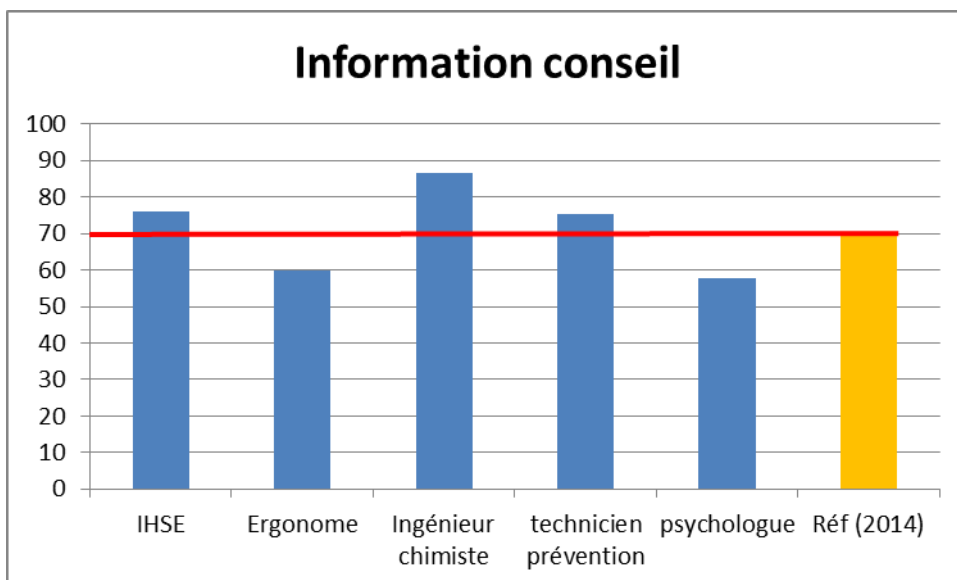
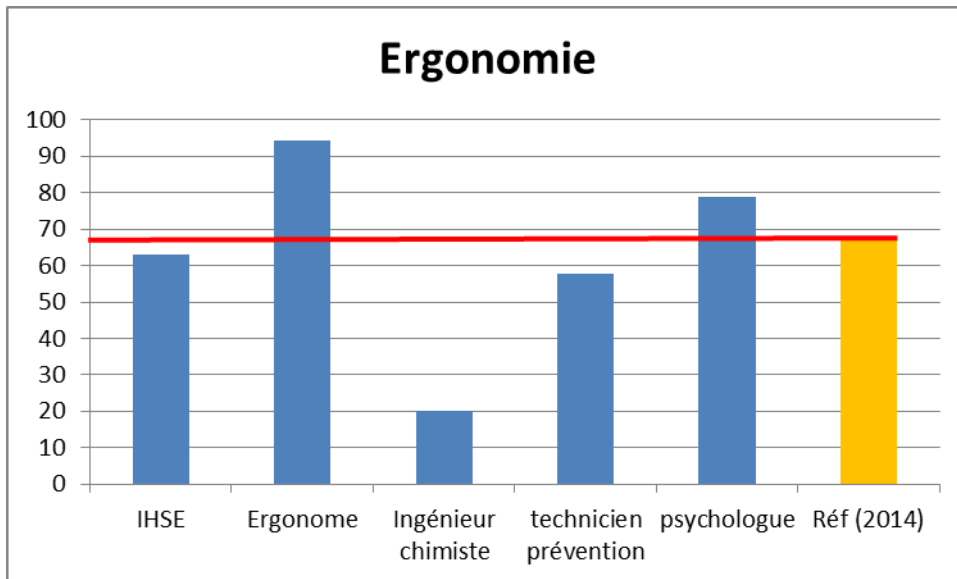


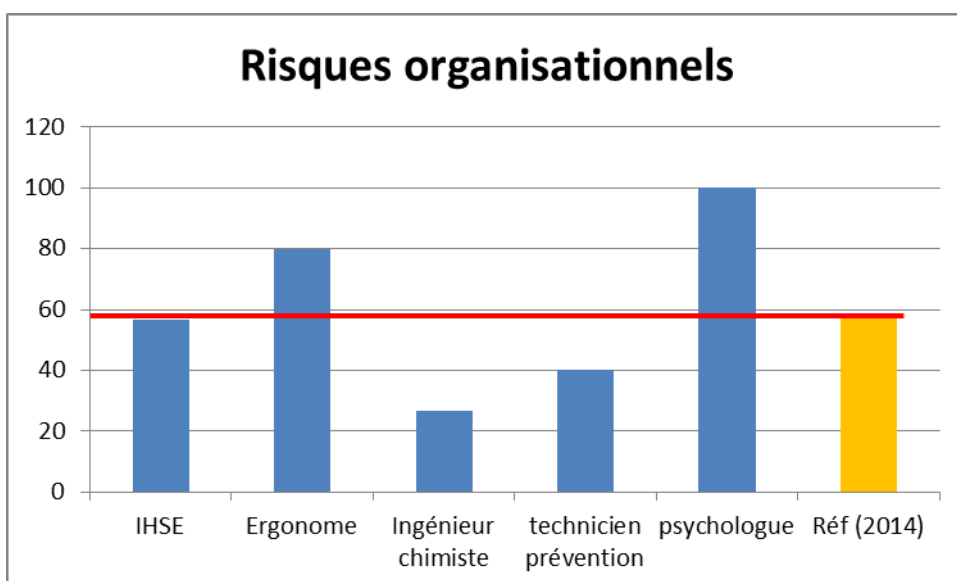
Figure 12 : Le domaine « information conseil » selon les métiers des IPRP répondants



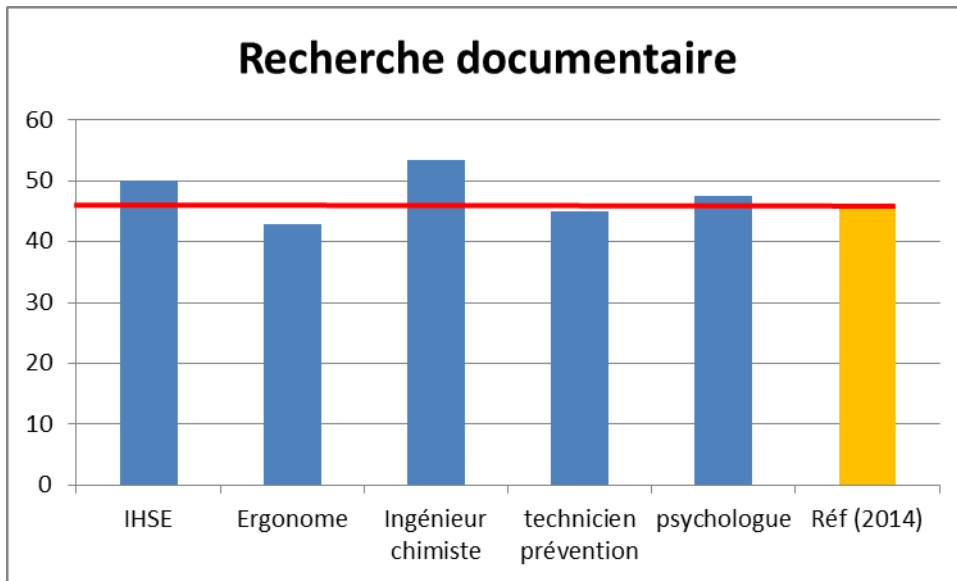


**Figure 13 : Le domaine « ergonomie » selon les métiers des IPRP répondants**

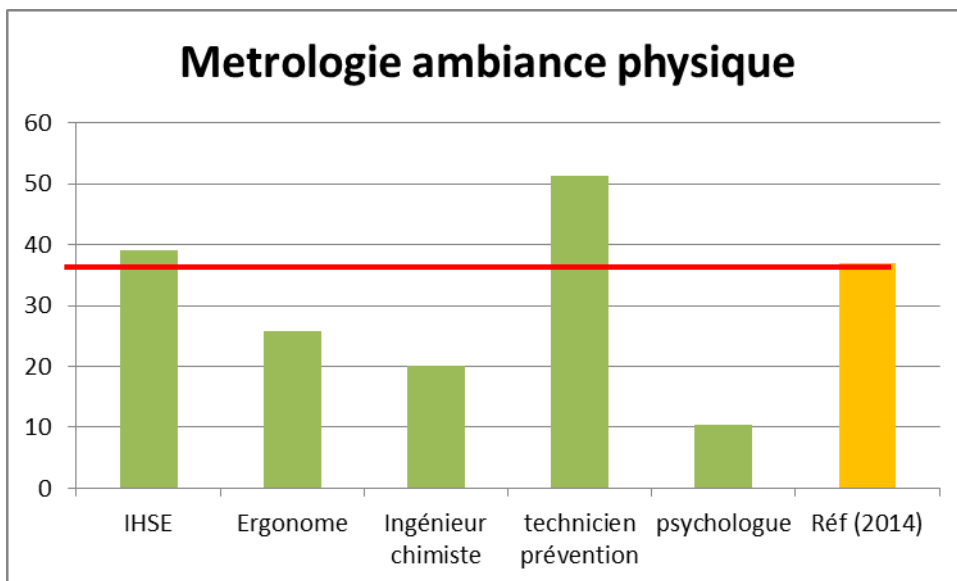
Pour les domaines importants de la fonction IPRP (ref. de 34 à 58%), on observe que les risques organisationnels sont des domaines importants pour les psychologues et les ergonomes, puis les IHSE (cf. figure 14). La recherche documentaire est relativement homogène selon les professions (cf. figure 15). La métrologie physique est plus importante pour les techniciens de prévention, puis les IHSE (cf. figure 16). La sécurité est plus importante chez les IHSE et les techniciens de prévention (cf. figure 17). Le maintien dans l'emploi est plus important pour les ergonomes, puis les psychologues (cf. figure 18). La toxicologie est très importante chez les ingénieurs chimistes et importante chez les techniciens de prévention et les IHSE (cf. figure 19). L'animation de groupes inter-entreprises est relativement homogène selon les métiers (cf. figure 20). Le domaine de la psychosociologie du travail relève plus des psychologues et des ergonomes (cf. figure 21).



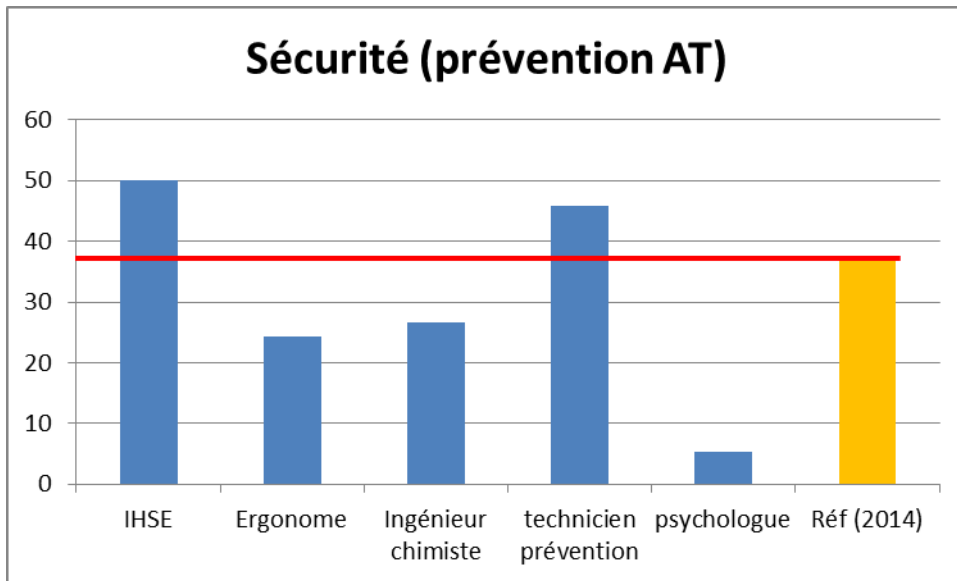
**Figure 14 : Le domaine « risques organisationnels » selon les métiers des IPRP répondants**



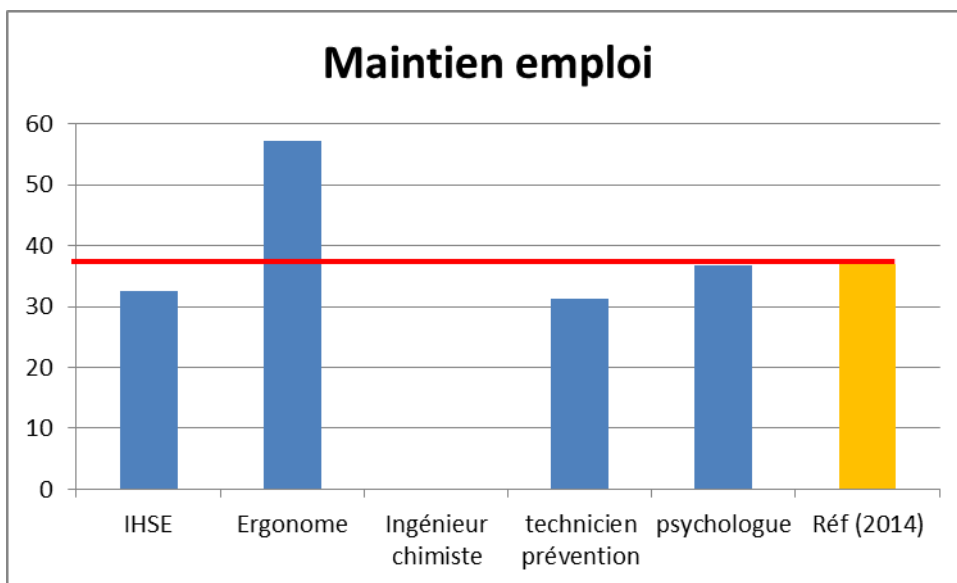
*Figure 15 : Le domaine « recherche documentaire » selon les métiers des IPRP répondants*



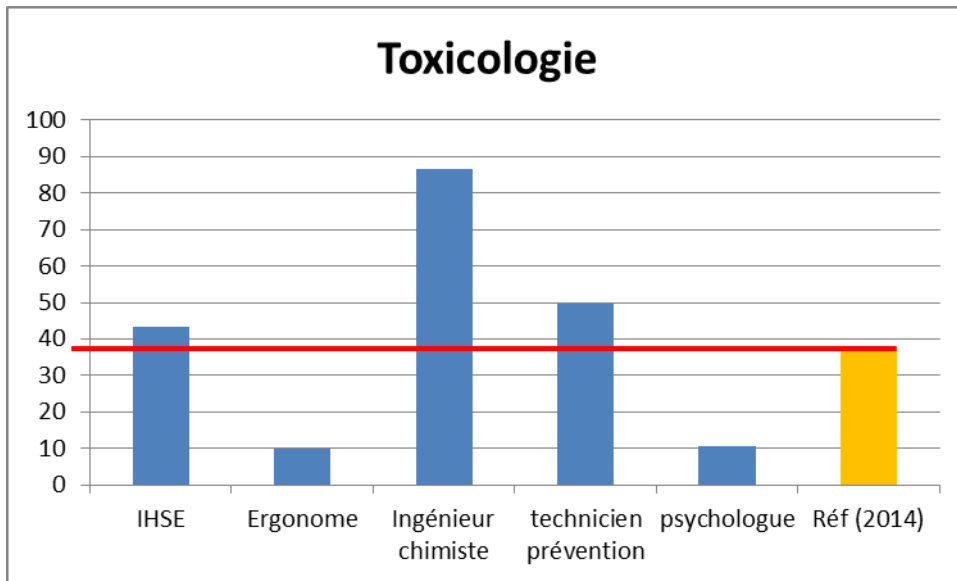
*Figure 16 : Le domaine « métrologie ambiance physique » selon les métiers des IPRP répondants*



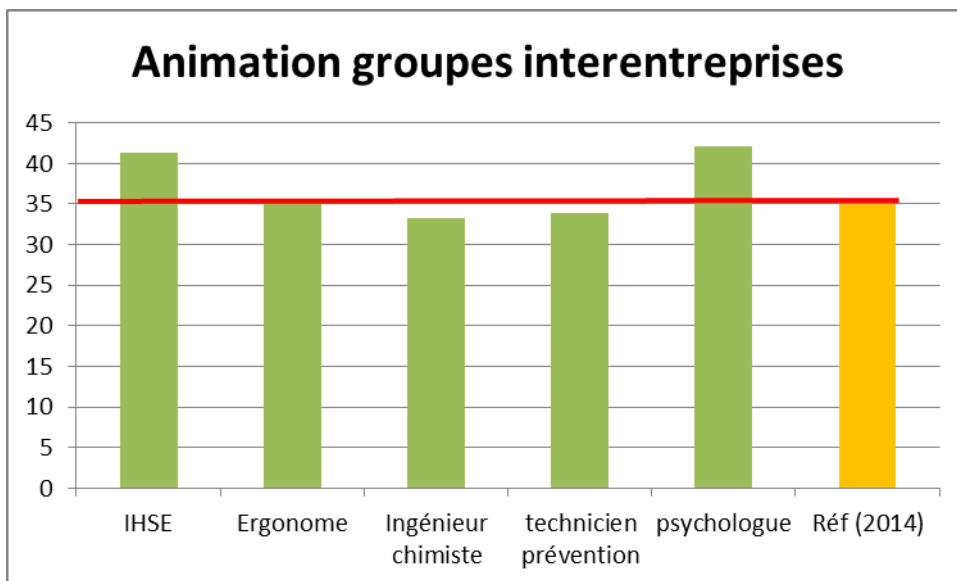
*Figure 17 : Le domaine « sécurité » (prévention AT) selon les métiers des IPRP répondants*



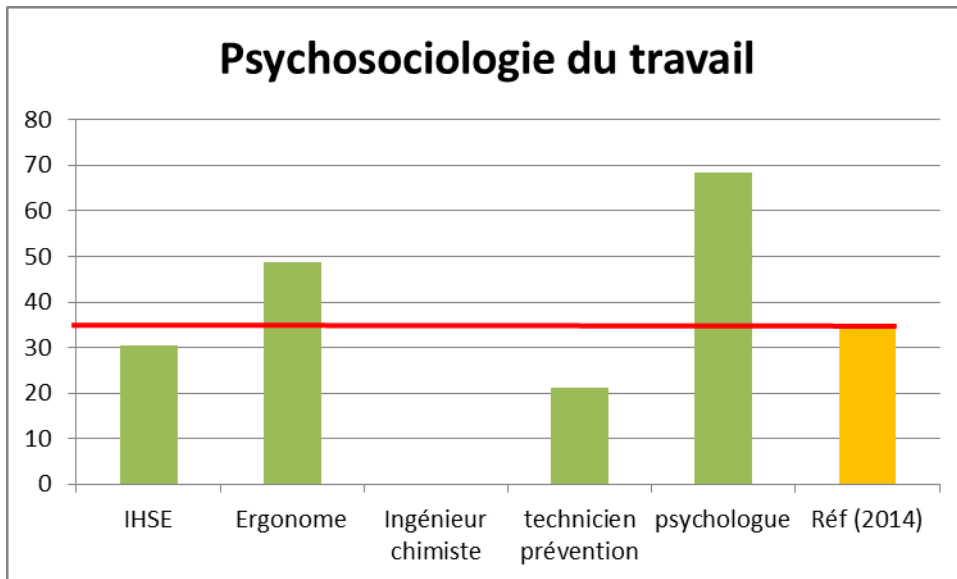
*Figure 18 : Le domaine « maintien dans l'emploi » selon les métiers des IPRP répondants*



*Figure 19 : Le domaine « toxicologie » selon les métiers des IPRP répondants*

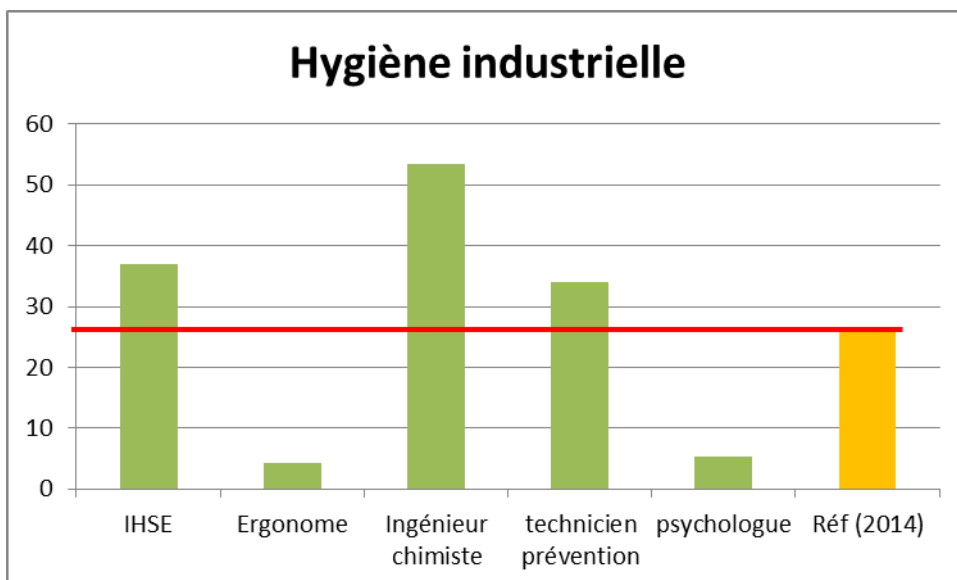


*Figure 20 : Le domaine « animation groupes interentreprises » selon les métiers des IPRP répondants*

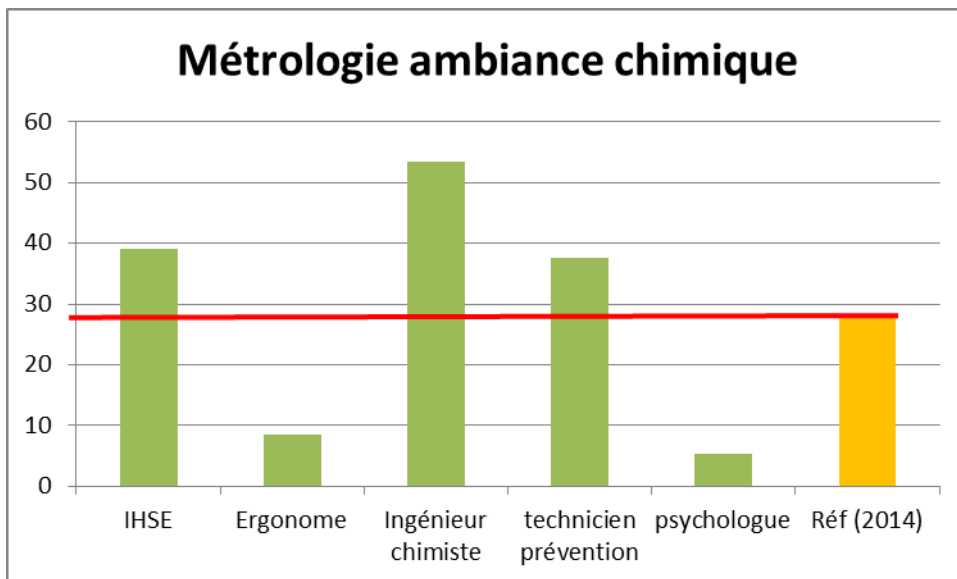


**Figure 21 : Le domaine « psychosociologie du travail » selon les métiers des IPRP répondants**

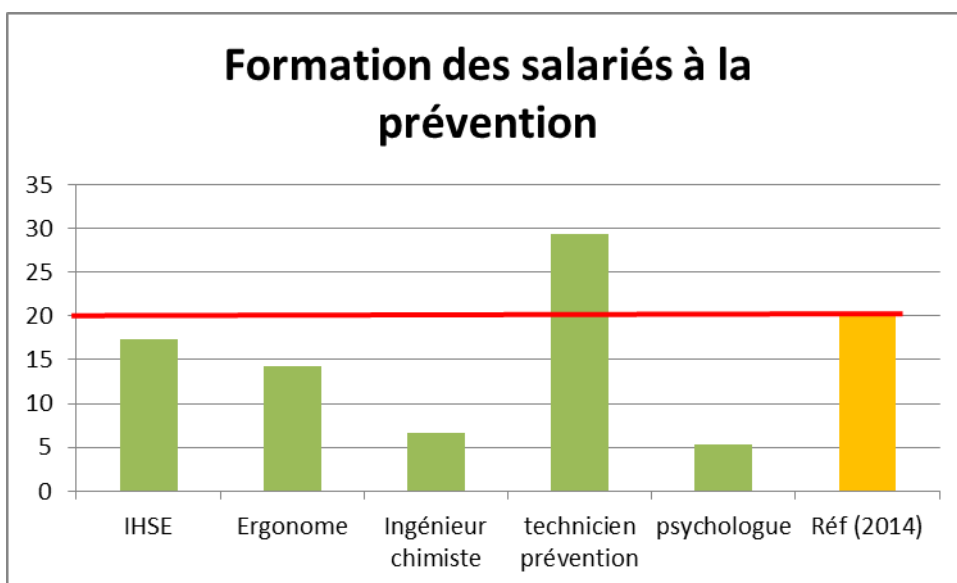
Pour les domaines d'activité moins importants dans la fonction IPRP (ref de 20 à 26%), l'hygiène industrielle et la métrologie ambiance chimique est plus importante pour les ingénieurs chimistes, les IHSE, les techniciens de prévention (cf. figure 22 et figure 23). La formation des salariés à la prévention est plus importante chez les techniciens de prévention (figure 24). Le domaine de l'épidémiologie statistique est relativement homogène selon le métier, avec t moins d'ingénieur chimiste dans ce domaine (cf. figure 25).



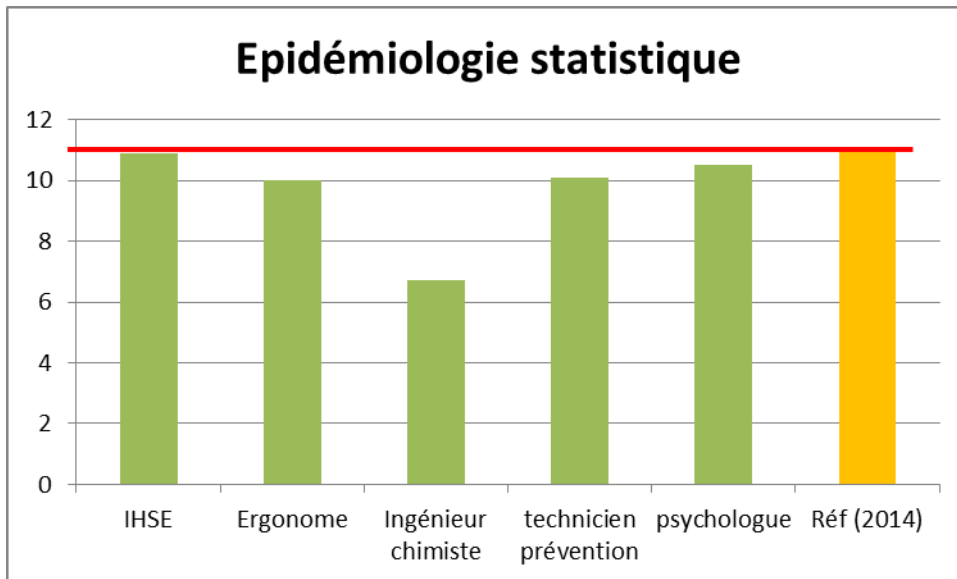
**Figure 22 : Le domaine « hygiène industrielle » selon les métiers des IPRP répondants**



*Figure 23 : Le domaine « métrologie ambiance chimique » selon les métiers des IPRP répondants*



*Figure 24 : Le domaine « formation des salariés à la prévention » selon les métiers des IPRP répondants*



**Figure 25 : Le domaine « épidémiologie » selon les métiers des IPRP répondants**

Synthèse des domaines d'activité selon le métier de l'IPRP :

Les ingénieurs HSE sont plus dans les domaines d'activité concernant l'évaluation des risques, la sécurité, l'hygiène industrielle, la métrologie des ambiances chimiques.

Les techniciens de prévention sont surtout dans des tâches d'évaluation des risques, de métrologie, d'ambiance physique et chimique, de sécurité, de formation des salariés à la prévention.

Les ingénieurs chimistes se trouvent essentiellement dans l'information conseil, la toxicologie, l'hygiène industrielle, la métrologie des ambiances chimiques.

Les ergonomes sont principalement concernés par les domaines de l'ergonomie, des risques organisationnels, du maintien dans l'emploi et de la psychosociologie.

Enfin, les psychologues se trouvent plus sur des tâches relevant des risques organisationnels, de l'ergonomie et de la psychosociologie.

## 5/ Primauté des objectifs de santé ou de sécurité au travail selon les métiers

Dans leurs interventions, les IPRP tiennent compte d'objectifs principalement de santé au travail (94%), de sécurité (86%) et dans la moitié des cas de performance (économie, production de l'entreprise) (57%). Ainsi nous avons cherché à mieux comprendre l'atteinte des objectifs de santé au travail et de sécurité par une analyse approfondie des domaines d'activité.

### Objectifs Santé selon les métiers

Sur l'objectif santé, les ingénieurs poursuivent moins cet objectif de santé que les autres professionnels. Ceci peut s'expliquer par leur formation et leur domaine d'intervention plus centré sur la sécurité que la santé.

	Objectif santé
ERGONOME	97 %
INGENIEUR	85 %
PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL	96 %
TECHNICIEN DE PREVENTION	93 %

Tableau 1 : Poursuite des objectifs « santé » selon les métiers des IPRP répondants

### Ancienneté et objectifs de santé

Les IPRP qui poursuivent des objectifs de santé dans leur intervention ont une ancienneté moins élevée que ceux qui ne poursuivent pas cet objectif dans les interventions. Ceci pourrait s'expliquer par des changements dans les contenus de formation, par des évolutions dans le cadre des actions en entreprise ou par des modifications des profils récemment recrutés dans les services de santé au travail.

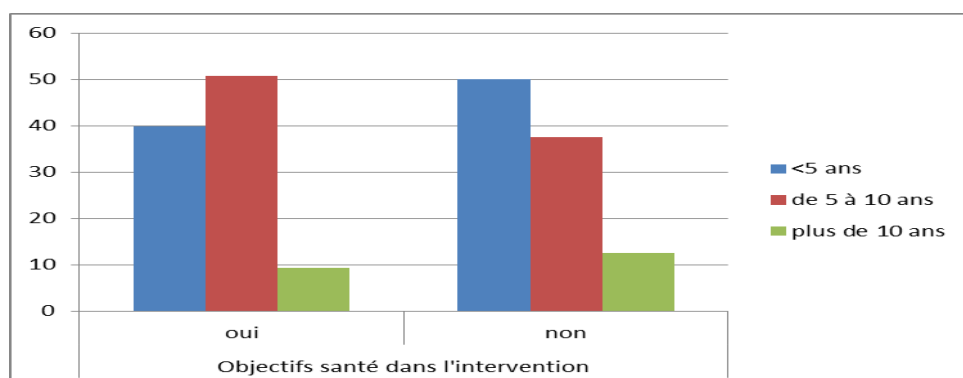


Figure 26 : Poursuite des objectifs « santé » selon l'ancienneté dans la fonction IPRP



## Les objectifs de santé et de sécurité au regard des domaines d'intervention

Pour les objectifs de santé, nous avons regroupé les domaines d'intervention suivants : ergonomie, risques organisationnels, psychosociologie du travail, maintien dans l'emploi et formation des salariés à la prévention. L'alpha de Cronbach pour ces domaines d'intervention autour de la santé indique une bonne consistance ( $\alpha=0,705$ ).

Pour les objectifs de sécurité, nous avons regroupé les domaines d'intervention suivants : évaluation des risques, métrologie d'ambiance physique et chimique, toxicologie, sécurité-prévention des accidents du travail, épidémiologie statistiques ( $\alpha=0,754$ ). Les répondants au questionnaire étaient invités à évaluer le degré d'importance qu'ils accordaient à chacun des items sur une échelle à quatre modalités (pas du tout important/peu important/important/très important). Cela nous a permis pour chacun des objectifs poursuivis, santé ou sécurité, relatifs à des domaines d'intervention de pouvoir mieux comprendre le lien avec le métier, le temps consacré, l'origine de la demande d'intervention.

### Croissement entre Métier et objectifs de santé ou de sécurité

Les ergonomes et les psychologues du travail poursuivent plutôt dans leur intervention des objectifs de santé et les ingénieurs et technicien de prévention et ASST plutôt des objectifs de sécurité.

	Santé			Sécurité		
	Effectifs	Moyennes	Signification	Effectifs	Moyennes	Signification
ERGONOME	70	<b>1,6429</b>	.000	70	1,2143	.000
INGENIEUR	63	1,2698		63	<b>1,6032</b>	
PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL	27	<b>1,5926</b>		27	1,0741	
TECHNICIEN DE PREVENTION	109	1,3211		109	<b>1,5596</b>	
Total	269	1,4201		269	1,4312	

**Tableau 2 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon les métiers des IPRP répondants**

### Nature de la demande selon l'objectif santé et sécurité

La demande du médecin du travail n'influe pas sur les objectifs de santé ou sécurité poursuivis par l'IPRP dans ses interventions (cf. tableau 3). De la même façon, la demande de l'entreprise n'influe pas sur les objectifs de santé ou sécurité poursuivis par l'IPRP dans ses interventions (cf. tableau 4).

Origine demande médecin \* objectifs

	Santé			Sécurité		
	N	Moyenne	Signification	N	Moyenne	Signification
Jamais	60	1,5	.156	60	1,55	.740
Toujours	209	1,6		209	1,57	
Total	269	1,58		269	1,57	

**Tableau 3 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon la demande du médecin du travail**

Origine de la demande entreprise selon les objectifs poursuivis

	Santé			Sécurité		
	N	Moyenne	Signification	N	Moyenne	Signification
Jamais	80	1,54	0,361	80	1,5	0,139
Toujours	189	1,6		189	1,6	
Total	269	1,58		269	1,57	

**Tableau 4 : Poursuite des objectifs « santé » ou « sécurité » selon la demande de l'entreprise**

**Objectifs poursuivis**

Le sentiment de répondre aux objectifs de « santé » dans les interventions. Globalement les IPRP se sentent dans leur rôle et répondent à l'intérêt des salariés et se sentent utile pour l'entreprise.

En poursuivant des objectifs de santé dans les interventions, sentiment de	pas du tout, un peu	assez, très fortement
d'être dans son rôle	7%	<b>93%</b>
que les opérateurs coopèrent à l'étude	19%	81%
que l'entreprise utilise à bonne escient l'étude	4%	<b>96%</b>
de respecter les intérêts des salariés	7%	<b>93%</b>
d'agir dans le respect de l'emploi	13%	87%
de disposer des outils et des savoirs nécessaires	17%	83%
de répondre aux attentes de l'entreprise	26%	74%
de répondre aux attentes des opérateurs	17%	83%
de répondre aux attentes du service (SST)	12%	88%

**Tableau 5 : Répartition du sentiment de répondre aux objectifs de santé des répondants**

Evaluation des objectifs « santé » des interventions sur l'efficacité des interventions (dans les 6 derniers mois). Les IPRP semblent répondre à des objectifs à court, moyen et long terme, avec une légère supériorité d'efficacité de leur action à moyen terme.

Evaluation efficacité intervention objectif "santé"	pas ou peu efficace	assez, très efficace
effet à court terme	32%	68%
effet à moyen terme	23%	76%
effet à long terme	33%	67%

**Tableau 6 : Répartition de l'efficacité des objectifs « santé » des répondants**

### Les objectifs poursuivis dans la pratique réelle.

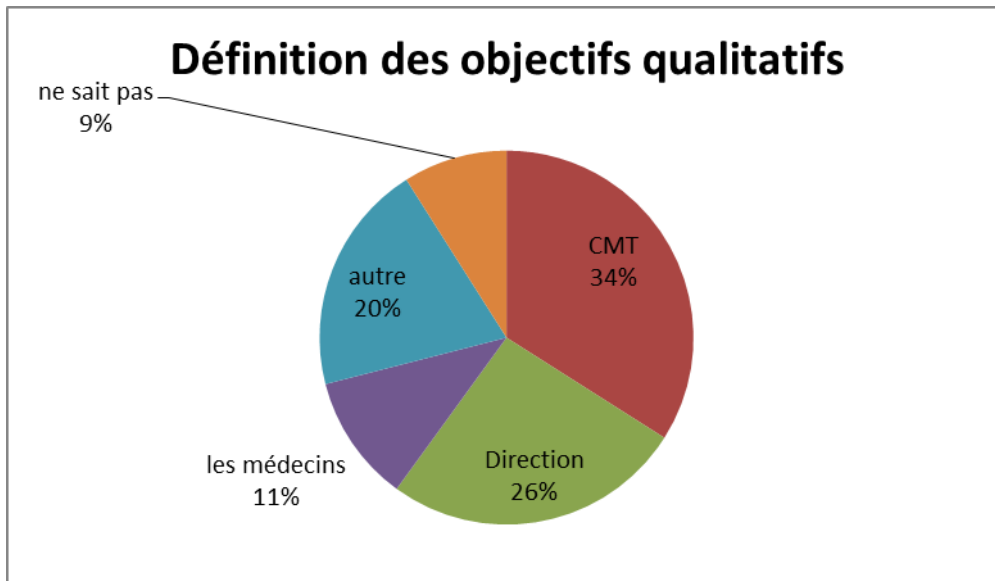
Globalement les IPRP répondent davantage à des objectifs de préservation de la santé des opérateurs, à l'amélioration du confort aux postes, à la sécurité des opérateurs et à l'amélioration de l'organisation du travail selon la prescription. L'écart entre le prescrit et le réel est relativement faible, il n'existe quasi pas pour l'amélioration du confort aux postes et la sécurité des opérateurs.

	objectifs attendus	objectifs réalisés
la préservation de la santé des opérateurs	<b>27%</b>	<b>24%</b>
le développement des compétences	3%	4%
l'amélioration du confort aux postes	<b>18%</b>	<b>18%</b>
l'amélioration de l'efficacité du système	3%	4%
la sécurité des opérateurs	<b>18%</b>	<b>17%</b>
la facilité d'usage de dispositifs techniques	4%	4%
l'amélioration de la productivité	2%	2%
la fiabilité des systèmes	1%	1%
l'amélioration de l'intérêt du travail	4%	6%
l'augmentation de la compétitivité de l'entreprise	1%	1%
l'amélioration de la qualité	3%	2%
l'amélioration de l'organisation du travail	<b>16%</b>	<b>13%</b>

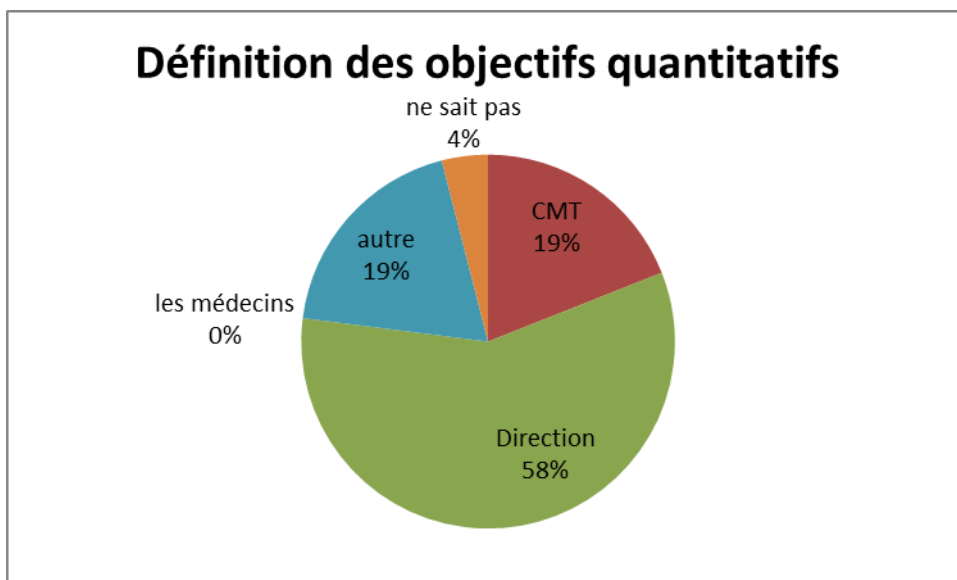
*Tableau 7 : Répartition de l'efficacité des objectifs « santé » des répondants*

## Objectifs qualitatifs vs quantitatifs

33% des IPRP estiment avoir des objectifs qualitatifs et 28% des objectifs quantitatifs dans leur travail. Le constat est que la prescription apparaît relativement faible pour les IPRP en SST que ce soit en termes qualitatif ou quantitatif. La répartition de la définition de ces objectifs est la suivante : les objectifs qualitatifs sont surtout définis par la CMT et la direction (cf. figure 27), les objectifs quantitatifs des IPRP sont surtout définis par la direction (cf. figure 28).

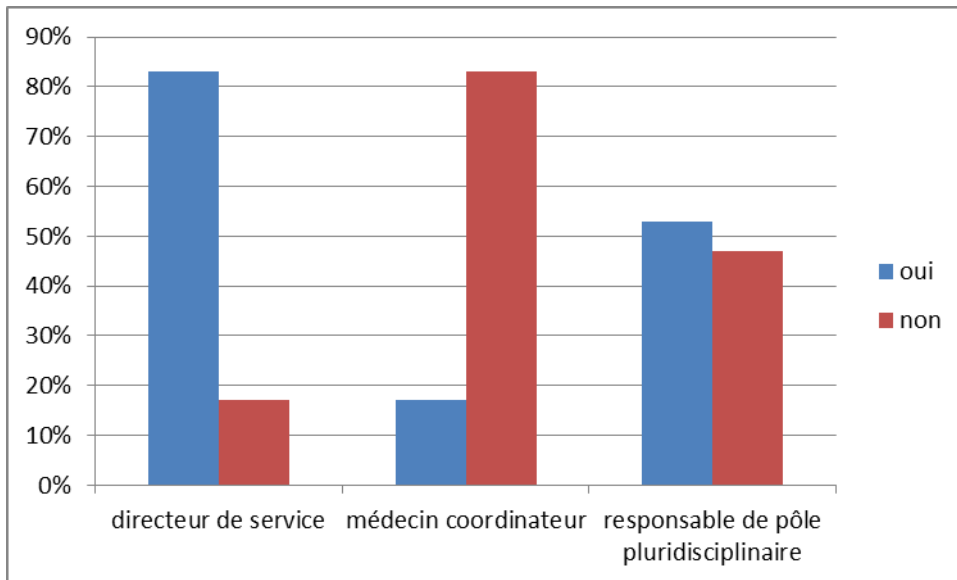


*Figure 27 : Répartition de la définition des objectifs qualitatifs*



*Figure 28 : Répartition de la définition des objectifs quantitatifs*

Les IPRP répondants se sentent sous l'autorité des directeurs de services (83%), du responsable de pôle pluridisciplinaire (53%) et relativement assez peu sous l'autorité d'un médecin coordinateur (17%).



*Figure 29 : Autorités ressenties par les IPRP répondants*

## 6/ Approche des niveaux de prévention selon les métiers

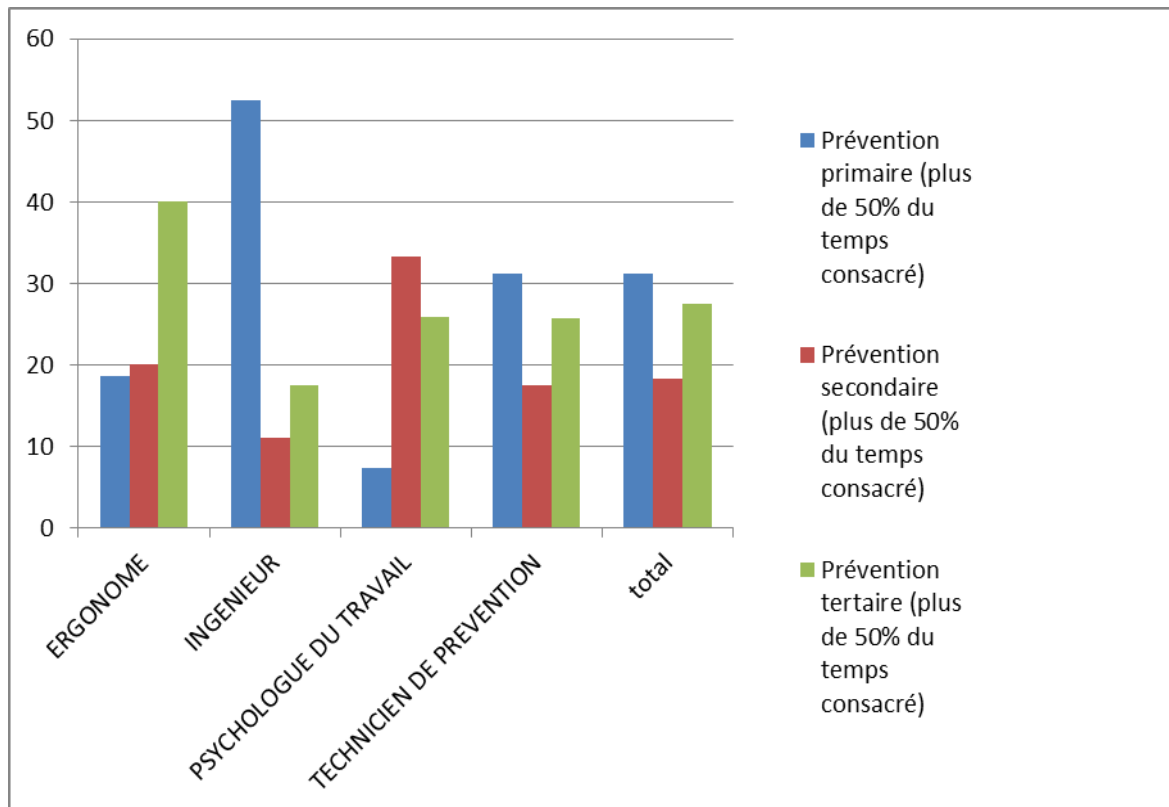
Globalement la prévention primaire, secondaire, tertiaire se répartit de la façon suivante pour l'ensemble des IPRP répondants à l'enquête.

	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
De 0 à 25% du temps consacré	45%	33%	<b>55%</b>
De 26 à 50% du temps consacré	23%	<b>49%</b>	17%
De 51 à 75% du temps consacré	19%	16%	21%
De 76 à 100% du temps consacré	<b>13%</b>	2%	7%

**Tableau 8 : Répartition des temps consacré aux différents niveaux de prévention des IPRP**

Globalement le temps consacré aux différents niveaux de prévention est variable. Nous remarquons que les IPRP passent moins de 50% de leur temps sur la prévention primaire (68%), la prévention secondaire (82%) et la prévention tertiaire (72%). Ceci s'explique en partie par le fait qu'ils interviennent sur ces différents niveaux de prévention. Cependant les IPRP semblent passer plus de temps sur la prévention primaire, vient ensuite la prévention secondaire et enfin la prévention tertiaire.

Le temps consacré à chaque niveau de prévention dépend des métiers des IPRP (cf. figure 30). Il apparaît que les ergonomes passent plus de temps dans la prévention tertiaire. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'ils sont plus amenés à faire des aménagements de poste et du maintien. Cette approche dans l'entreprise peut leur permettre d'élargir leur intervention à de la prévention primaire. Les ingénieurs consacrent plus de temps dans la prévention primaire. Les psychologues du travail passent plus de temps dans la prévention secondaire. Les techniciens de prévention ne semblent pas se différencier de l'ensemble des IPRP sur le temps consacré aux différents niveaux de la prévention.

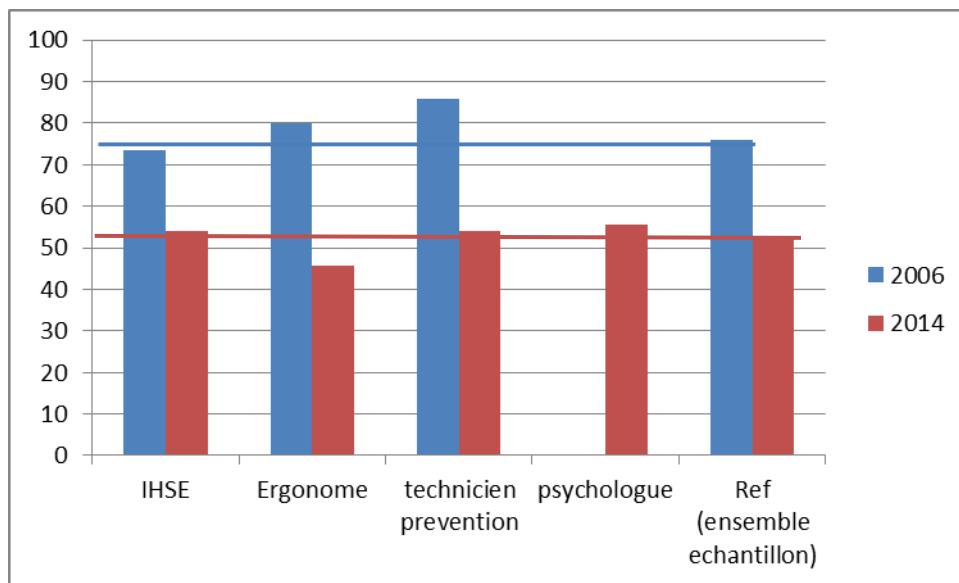


**Figure 30 : Le temps consacré aux différents niveaux de prévention selon le métier des IPRP**

## 7/ Modalités de collaboration avec les médecins du travail

Les modalités de collaboration avec les médecins du travail sont définies pour 53% des IPRP, sont en projet pour 18% et ne sont pas définies pour 29%.

Il ne semble pas y avoir de différence sur la définition des modalités de collaboration avec le médecin du travail selon le métier de l'IPRP (cf. figure 31). Les modalités de collaboration avec le médecin du travail sont un peu plus définies en 2006 par rapport à 2014. Elles semblent plus définies pour les techniciens de prévention en 2006. Il n'y avait pas de psychologue en 2006 dans l'échantillon des répondants à l'enquête.



**Figure 31 : Répartition des modalités de collaboration définies (toujours-souvent) avec le MDT selon le métier des IPRP en 2006 et en 2014**

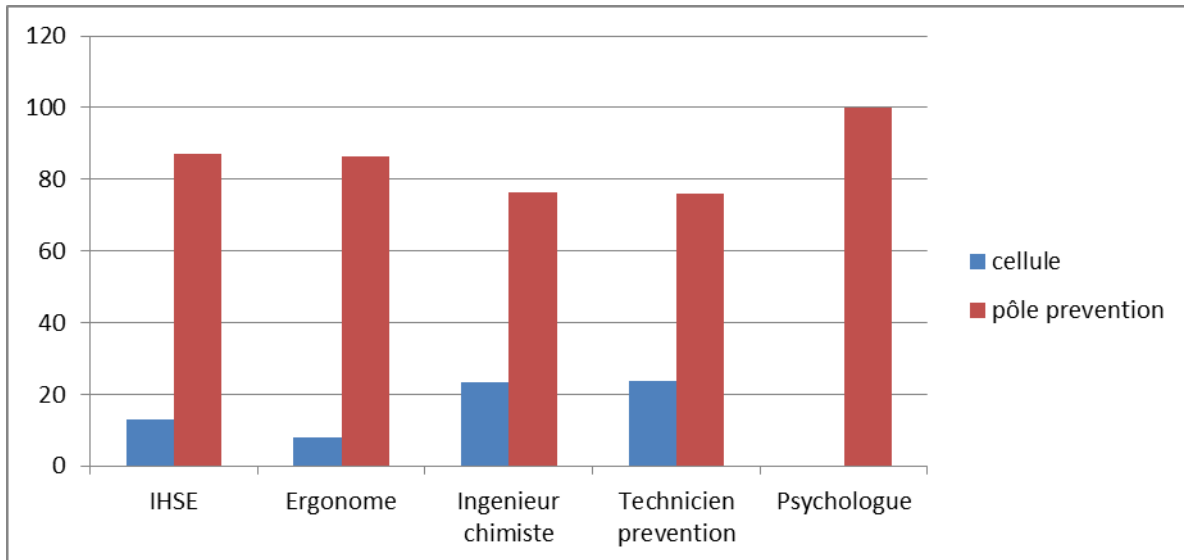
Les modalités de collaborations avec les médecins ne varient pas selon l'ancienneté des IPRP sauf pour les ingénieurs en hygiène sécurité et environnement. Les IHSE de moins de 10 ans d'ancienneté ont des modalités de collaboration plus définies avec les médecins du travail que les IHSE de plus de 10 ans d'ancienneté en service de santé au travail. Ceci pourrait s'interpréter par une prise d'autonomie des IHSE avec l'ancienneté, mais aussi avec leur spécificité dans les objectifs de sécurité (cf. partie 4).

On n'observe également pas de différences dans les modalités de collaboration selon les domaines d'activité d'intervention des IPRP selon les métiers. Sauf pour les IHSE, où les modalités de collaboration avec les médecins semblent plus définies pour les interventions en ergonomie.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux modalités de collaboration définies avec les médecins du travail selon le contexte de pluridisciplinarité (cf. figure 32). Les modalités de collaboration avec les médecins du travail sont plus définies lorsque l'IPRP travaille en pôle



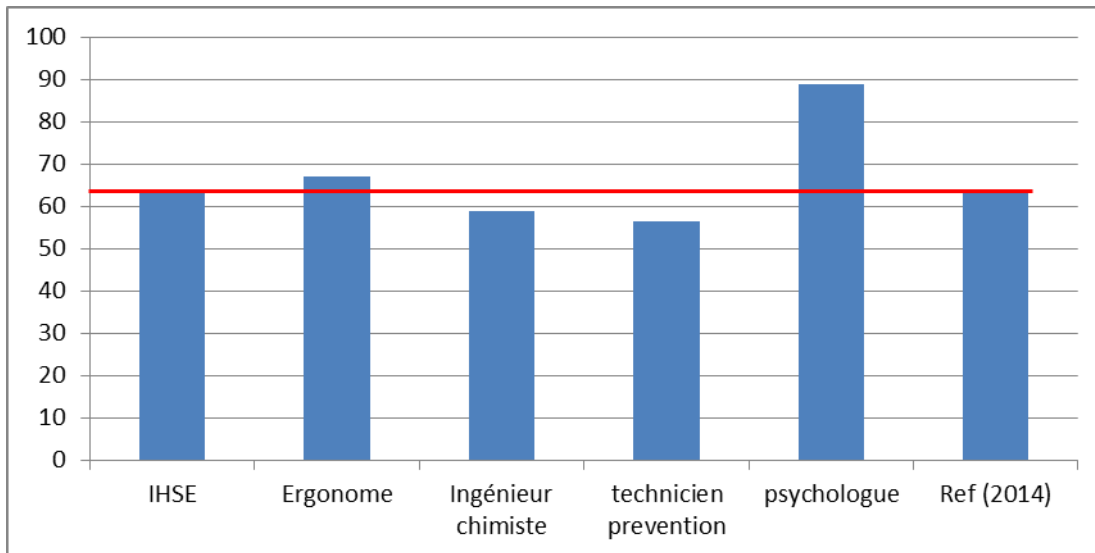
transversal pluridisciplinaire plutôt qu'en équipe pluridisciplinaire locale. Ceci peut s'expliquer d'une part l'émergence récente des équipes pluridisciplinaires locales et par le fait que tous les IPRP ne sont pas concernés par ces équipes locales. On notera que les modalités de collaboration avec le médecin du travail sont surtout définies avec les psychologues du travail, les IHSE et l'ergonome dans le pôle transversal pluridisciplinaire, vient ensuite les ingénieurs chimistes et les techniciens de prévention.



**Figure 32 : Répartition des modalités de collaborations définies (toujours-souvent) avec le médecin en fonction de l'organisation en pôle de prévention et cellule (ou équipe pluridisciplinaire) selon le métier des IPRP**

Les modalités de collaboration définies avec le médecin du travail ne varient pas selon les objectifs quantitatifs et qualitatifs attendus des IPRP.

Les modalités de la collaboration sont écrites (en plus d'être définies) dans 48% des cas pour l'ensemble des IPRP. Les protocoles d'intervention sont écrits pour 64% des IPRP. Le protocole d'intervention écrit apparaît plus important pour le métier de psychologue du travail parmi les IPRP (cf. figure 33), ainsi que pour les ergonomes et les IHSE. Il semble moindre pour les techniciens de prévention et les ingénieurs chimistes.



**Figure 33 : Protocoles d'intervention écrits selon le métier des IPRP**

Les interventions se font principalement à la demande des médecins du travail (97%). Les demandes sont rares de la part des autres membres : 8% IDEST, 10% équipe locale pluridisciplinaire, 12% du pôle transversal pluridisciplinaire, 4% de la direction du service, 5% d'un autre partenaire (ARACT, CARSAT, OPPBTP, etc.). Il n'y a pas de différences de demandes d'intervention de la part des médecins du travail selon le métier de l'IPRP.

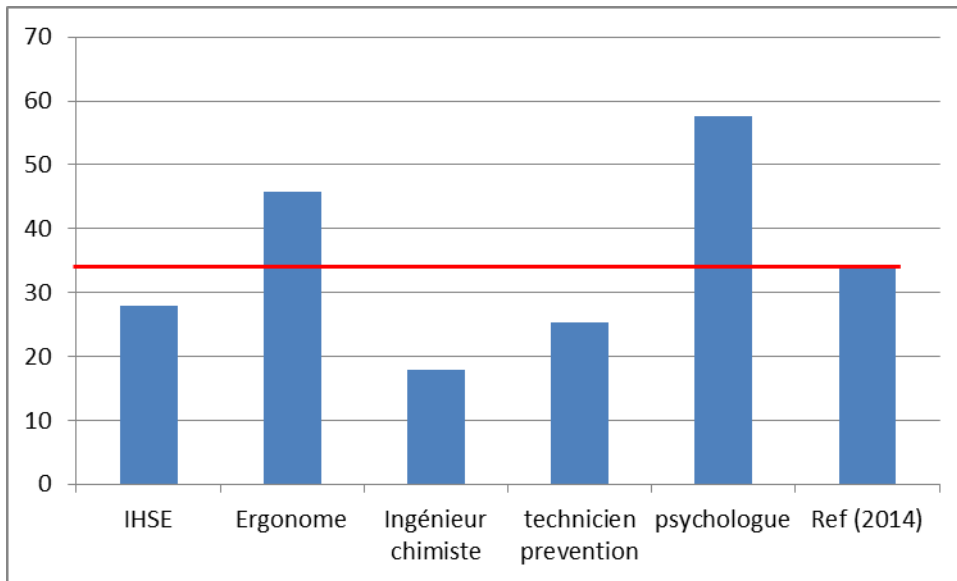
Les demandes d'intervention sont pour 38% sous forme de saisie écrite et pour 23% en appel téléphonique et 23% en mail libre. Seul 11% des demandes font l'objet d'un entretien.

Lors d'une intervention d'IPRP en entreprise, le médecin du travail est informé dans 100% des cas. Ce dernier donne son accord dans 94% des cas. Le recueil de l'accord du médecin semble légèrement moins élevé pour les ingénieurs chimistes (82% des cas).

Dans 85% des cas, il y a un temps d'échange entre le médecin et l'IPRP sous forme de face à face, de mail ou de téléphone. Ce temps d'échange ne varie pas selon le métier des IPRP.

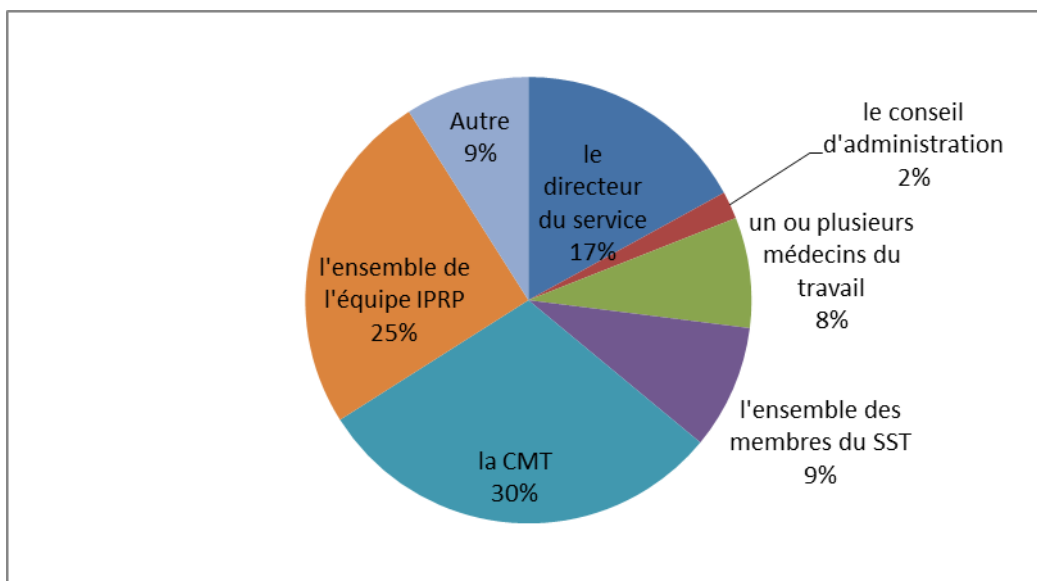
Cependant la pré-visite en entreprise se réalise le plus souvent seul (79%) pour l'IPRP et seulement dans 34% des cas avec le médecin, 11% avec un autre intervenant du service de prévention, 5% avec l'ASST et 2% avec l'infirmière.

La réalisation de la pré-visite avec le médecin semble liée au métier de l'IPRP : cette pré-visite se fait plus souvent avec le médecin du travail pour le psychologue, l'ergonome. La pré-visite avec le médecin du travail est moins fréquente pour l'IHSE, le technicien de prévention et l'ingénieur chimiste.



**Figure 34 : Pré-visite en entreprise avec le médecin du travail selon le métier des IPRP**

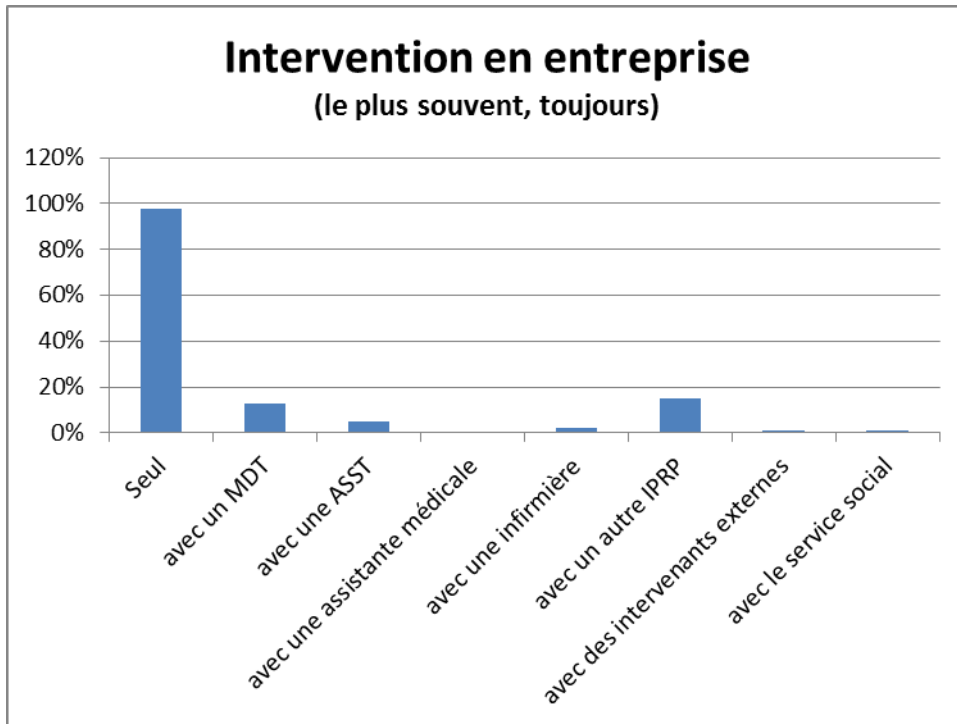
Qui définit pour l'IPRP les modalités de collaboration avec le médecin du travail ?



**Figure 35 : Répartition de la définition des modalités de collaboration avec le MDT**

Par ailleurs, dans 52% des cas l'IPRP fait une proposition écrite d'intervention, qu'il adresse à 44% au médecin du travail, à 50% à l'entreprise et à 3% à un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant la manière de réaliser l'intervention dans l'entreprise, l'IPRP y va le plus souvent seul, et dans de rares cas avec le médecin du travail, un IPRP ou une ASST (cf. figure 36).



*Figure 36 : Répartition de la manière de réaliser l'intervention dans l'entreprise (le plus souvent)*

### Rédaction du rapport

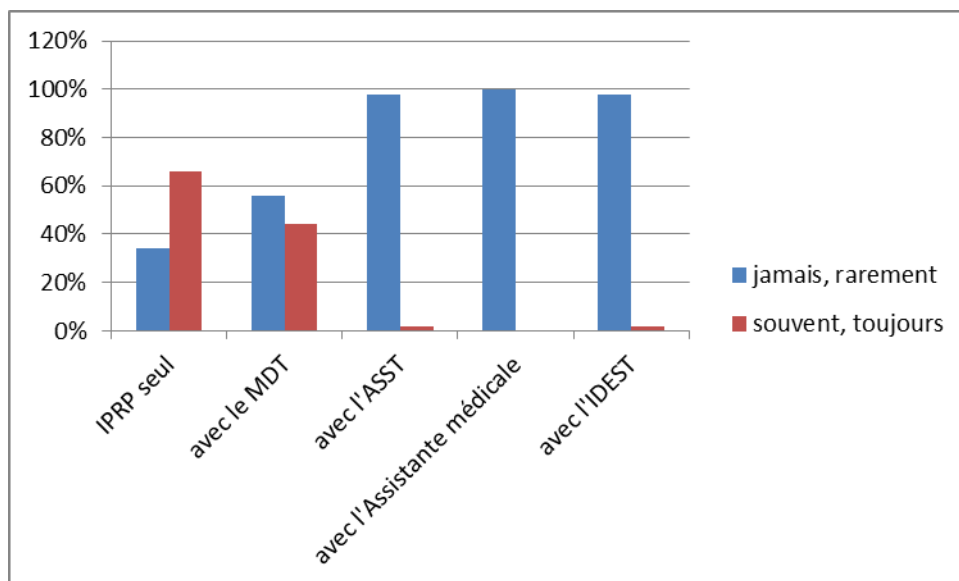
99% des rapports sont réalisés par l'IPRP lui-même. 84% des IPRP demandent l'avis au médecin du travail sur le rapport.

Le rapport ne présente pas toujours d'espace réservé à l'avis du médecin (seulement dans 23% des cas).

Le médecin du travail est destinataire du rapport de l'IPRP : dans 76% des cas toujours, 6% souvent, 7% rarement, 11% jamais.

La signature du rapport se fait rarement par le médecin seul (4%). Le rapport est en majorité signé par l'IPRP (56%) ou par le médecin et l'IPRP ensemble (40%).

Le rapport est souvent ou toujours présenté à l'entreprise par la grande majorité des IPRP à l'entreprise (65%), souvent ou toujours avec les médecins du travail (45%), jamais ou rarement avec l'ASST, l'assistante médicale ou l'infirmière de santé au travail.



**Figure 37 : Répartition de la présentation des rapports dans l'entreprise (IPRP seul ou avec un autre membre de l'équipe)**

### Réponse aux demandes

68% des IPRP estiment arriver à répondre à toutes les demandes. Mais ils leur arrivent de refuser des demandes (55% répondent « oui » à cette question sans que les motifs soient précisés dans l'enquête).

### Pluridisciplinarité

Les raisons de l'écart entre le nombre de médecins avec qui l'IPRP est censé travailler et le nombre réel de médecin avec lequel l'IPRP travaille réellement (souvent moins de médecin que prévu initialement) s'expliquent pour 1/3 des répondants au questionnaire par une pluridisciplinarité mal comprise.

Arrivée récente dans le service	10%
Pluridisciplinarité mal comprise	31%
Manque de demandes	19%
Eloignement géographique	15%
Manque de temps pour répondre à toutes les demandes	12%
Autre	14%

**Tableau 9 : Répartition des motifs pour les IPRP expliquant l'écart entre le nombre attendus de médecins avec lequel l'IPRP doit travailler et le nombre de médecins avec qui il travaille réellement**

### **Avec quels membres de l'équipe pluridisciplinaire, l'IPRP travaille-t-il ?**

Les IPRP semblent travailler essentiellement avec d'autres IPRP dans l'équipe disciplinaire, vient ensuite les ASST et les IDEST. Le travail collectif de l'IPRP avec la documentaliste ou l'assistante sociale est moins fréquent. Ceci peut s'expliquer par le fait que les métiers de documentaliste et d'assistante sociale sont moins présents dans les services de santé inter-entreprises.

	Oui
Autre IPRP	96%
ASST	74%
IDEST	70%
Documentaliste	44%
Assistante sociale	20%

**Tableau 10 : Répartition des relations de travail entre IPRP et autre membre de l'équipe pluridisciplinaire**

### **Intégration de la mise en place de la pluridisciplinarité :**

Les IPRP perçoivent la mise en place de la pluridisciplinarité comme bien intégrée : que ce soit par les IPRP eux-mêmes, par la direction ou les médecins du travail, ou le service de santé au travail dans son ensemble.

médecins	76%
IPRP	94%
Direction	82%
Pôle pluridisciplinaire	84%
SST dans son ensemble	71%

**Tableau 11 : Répartition de la perception des IPRP sur l'intégration de la pluridisciplinarité selon les acteurs**

## 9/ Partenariat et projet de service

### Partenariat

#### Lien des IPRP avec d'autres organismes ou associations extérieures

Le partenariat semble plus développé pour les IPRP avec les autres services de santé au travail la CARSAT (plus de 2/3 des réponses). Le partenariat est important avec l'AGEFIPH, la DIRECCTE, les instituts ou société de santé au travail, l'OPPBTP, l'inspection du travail. Il l'est moins pour l'ARACT, le PRST et encore moins avec l'ORST, le CRPRP.

Autres SST	77%
CARSAT	71%
AGEFIPH	44%
DIRECCTE	34%
Institut ou société de santé au travail	33%
OPPBTP	26%
Inspection du travail	25%
ARACT	19%
PRST	12%
CRPRP	5%
ORST	3%

*Tableau 12 : Répartition des liens des IPRP avec les partenaires*

### Projet de service

Dans 70% des SST, le projet de service est écrit. 64% des IPRP ont participé à son élaboration.

## 9/ Les responsables de pôle IPRP

Parmi les 269 répondants, 30 IPRP sont responsables d'un pôle pluridisciplinaire de prévention. Leur métier d'origine est principalement technicien de prévention, IHSE ou ergonome (cf. figure 38). Rappelons que notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des responsables de pôle IPRP.

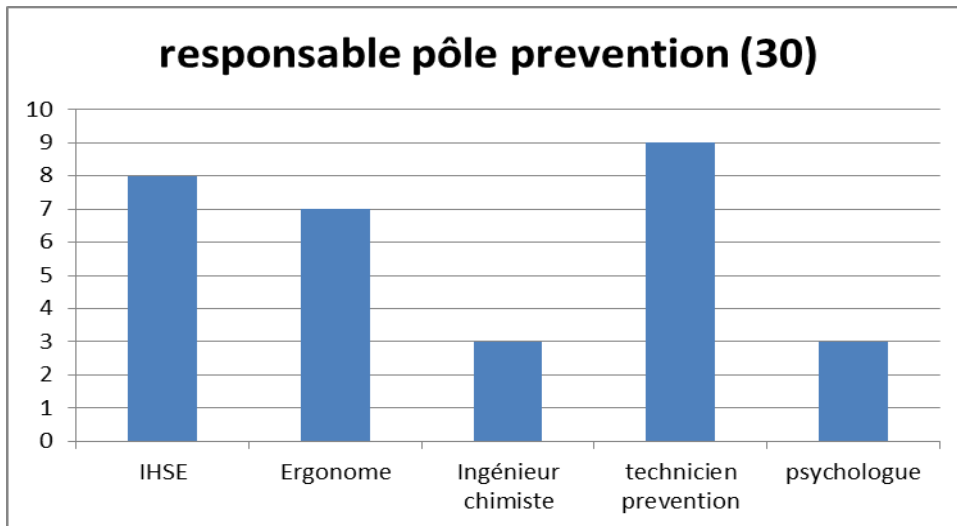


Figure 38 : Répartition des métiers des responsables de pôle prévention

### Ancienneté dans la fonction

Ils ont une ancienneté plus élevée dans la fonction que l'ensemble des IPRP (cf. figure 32).

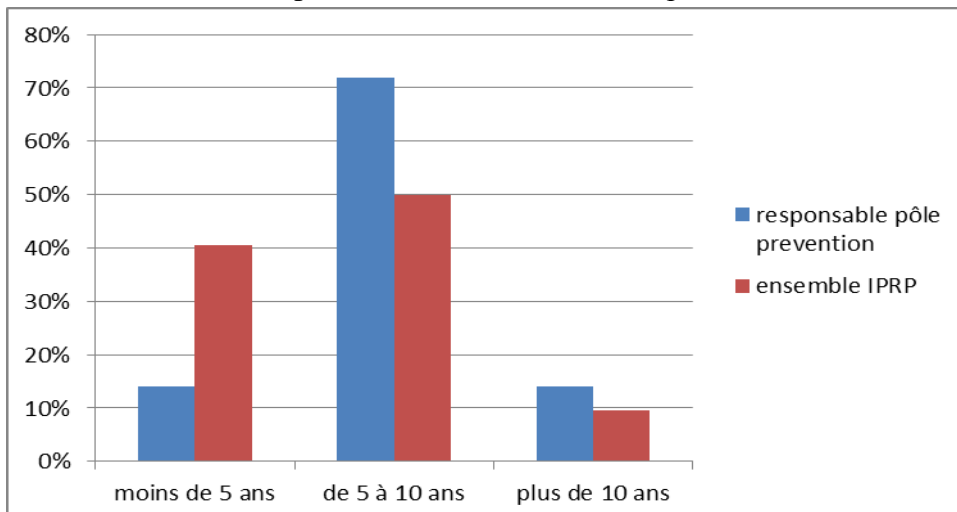


Figure 39 : Répartition de l'ancienneté des responsables de pôle prévention par rapport à l'ensemble des IPRP répondants



### Modalités de collaboration avec le médecin définies

Les responsables de pôle de prévention ont des modalités de collaboration avec les médecins davantage définies que l'ensemble des IPRP (cf. figure 40).

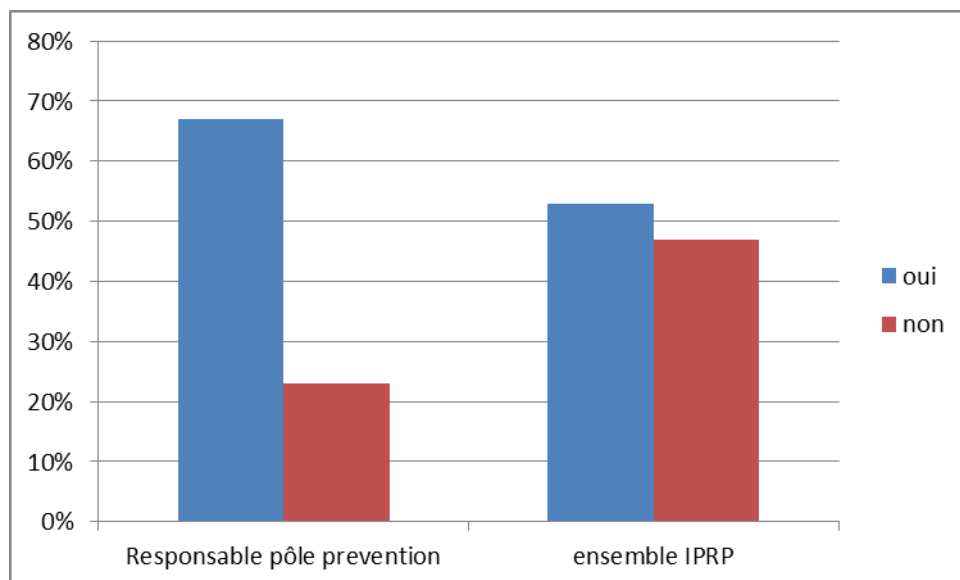


Figure 40 : Modalités de collaboration définies avec les médecins du travail selon les responsables de pôle prévention et l'ensemble des IPRP répondants.

### Participation à la vie du service de santé au travail

La participation du responsable de pôle prévention est plus importante dans les différentes instances du service de santé au travail que l'ensemble des IPRP (cf. figure 41).

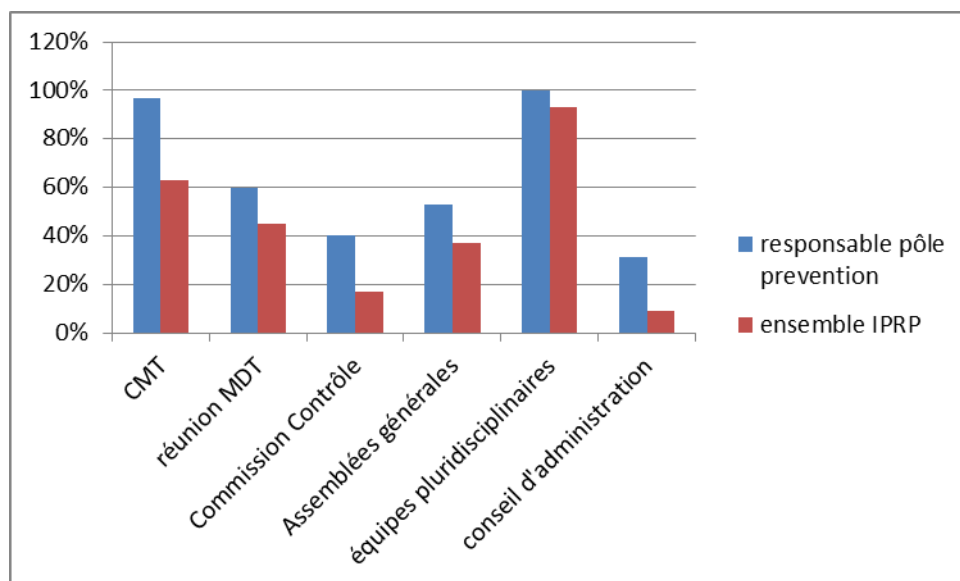


Figure 41 : Participation des responsables de pôle prévention aux différentes instances du SST (oui) par rapport à l'ensemble des IPRP répondants.

## CONCLUSION

Ce rapport de recherche visait à décrire les domaines des tâches des IPRP, leurs objectifs de travail poursuivis et à caractériser la pluridisciplinarité, notamment leur perception de la collaboration avec les médecins du travail dans leur travail. Les résultats obtenus à l'issue d'un questionnaire envoyé par voie électronique sont relatifs à une population non caractéristique de l'ensemble des IPRP dans les services de santé au travail en France et porte sur 269 répondants. Ces premiers résultats seront complétés par des entretiens approfondis et des observations des situations réelles de travail dans le cadre du projet de recherche PLURIPREV, financé par l'ANSES.

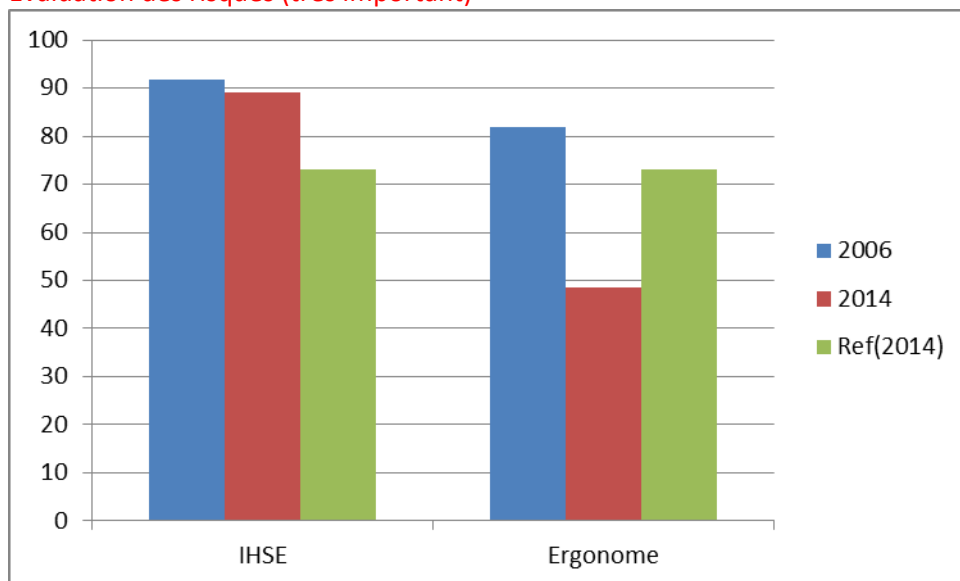
L'analyse des résultats de ce questionnaire apporte quelques éléments de réflexion sur le travail des IPRP :

- Les domaines de tâches (ergonomie, évaluation des risques, métrologie, information-conseil, etc.) dépendent des métiers des IPRP. Il existe une répartition des tâches selon les compétences issues de leur formation initiale et de leur expérience professionnelle.
- Les objectifs poursuivis par les IPRP relèvent principalement de la santé, vient ensuite les objectifs de sécurité. La poursuite de ces objectifs dépende des métiers : les ergonomes, psychologues du travail poursuivent davantage des objectifs de santé et les ingénieurs HSE et technicien de prévention des objectifs de sécurité.
- La comparaison de cette enquête avec une autre plus ancienne permet de repérer que les domaines de tâches évoluent selon les métiers, du fait d'une plus grande diversité de professionnels dans les services et des évolutions des conditions de travail : Les ingénieurs HSE font moins d'hygiène industrielle, de métrologie et d'épidémiologie que par le passé, les ergonomes font moins de maintien dans l'emploi et sont plus sollicités sur les problèmes de psychosociologie. Les territoires de compétences se recomposent avec l'arrivée de nouveaux professionnels (assistante de santé au travail, infirmières) et des problématiques santé-travail évoluant dans les entreprises (RPS par exemple).
- Les modalités de collaboration avec les médecins du travail se caractérisent par une demande d'intervention des médecins du travail aux IPRP. Le modèle de pluridisciplinarité relève plus de la délégation de tâches en fonction de compétences que d'une coopération dans l'action (peu de visite ou de restitution en binôme IPRP/médecin dans les entreprises). Ceci peut s'expliquer par un manque de temps des médecins et un nombre de TPE/PME important à suivre par les services de santé au travail.
- La pluridisciplinarité semble de plus en plus intégrée et les IPRP trouvent de l'autonomie dans leur intervention liée à leur expertise tout en étant dans une relation d'échange d'information permanente avec les médecins du travail. Le genre professionnelle des IPRP apparaît de plus en plus se construire.

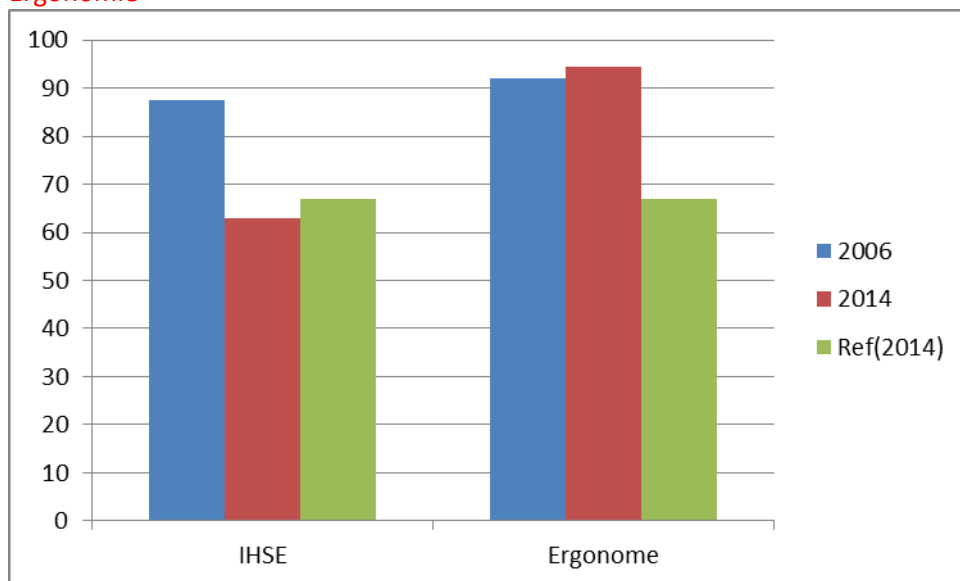
## Annexes

### Annexe 1 : les tris à plat 2006/2014 des domaines d'activité selon les métiers

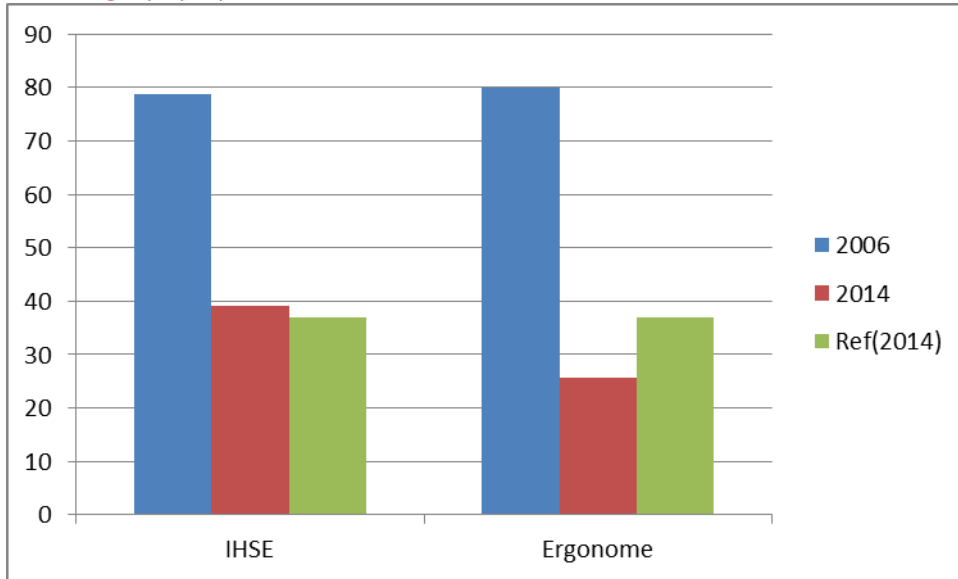
#### Evaluation des risques (très important)



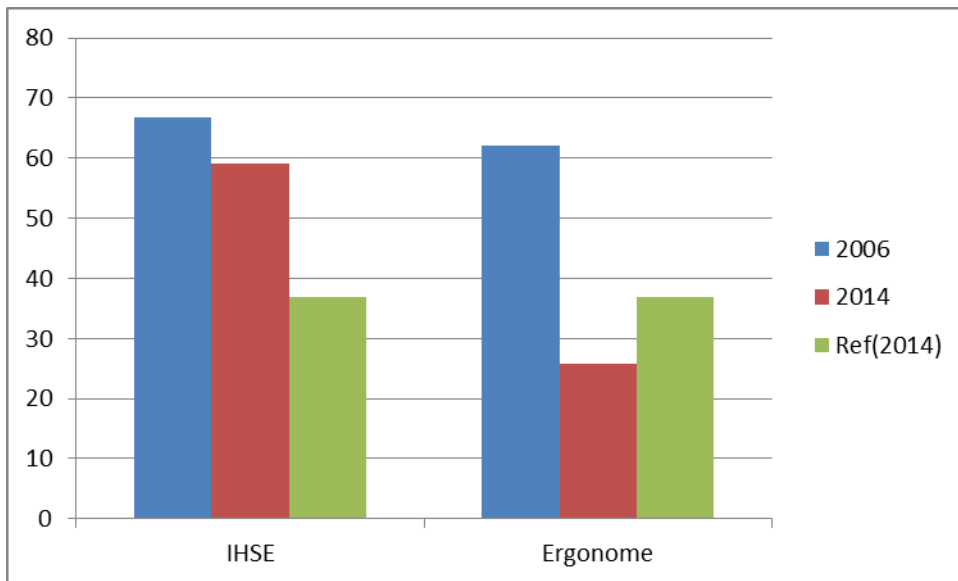
#### Ergonomie



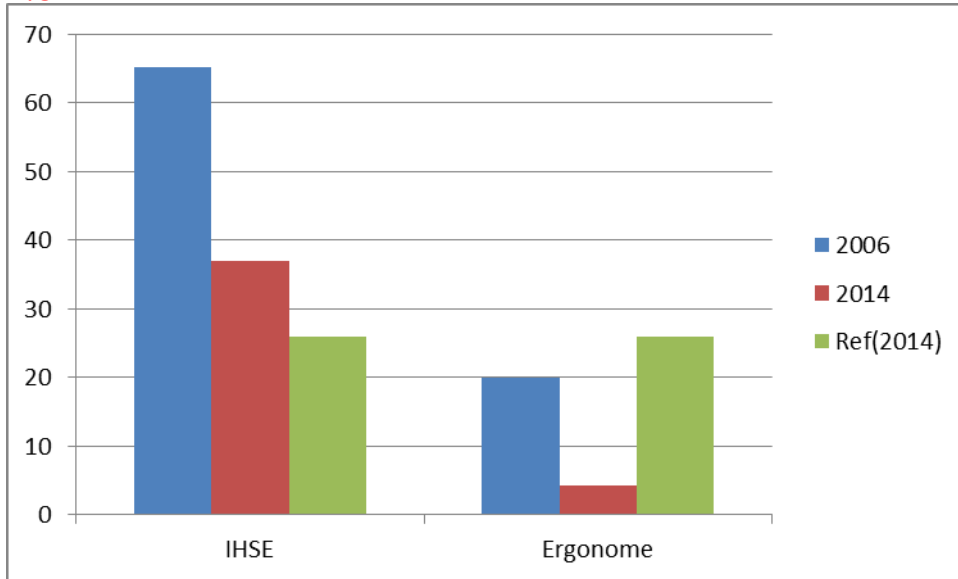
### Métrologie physique



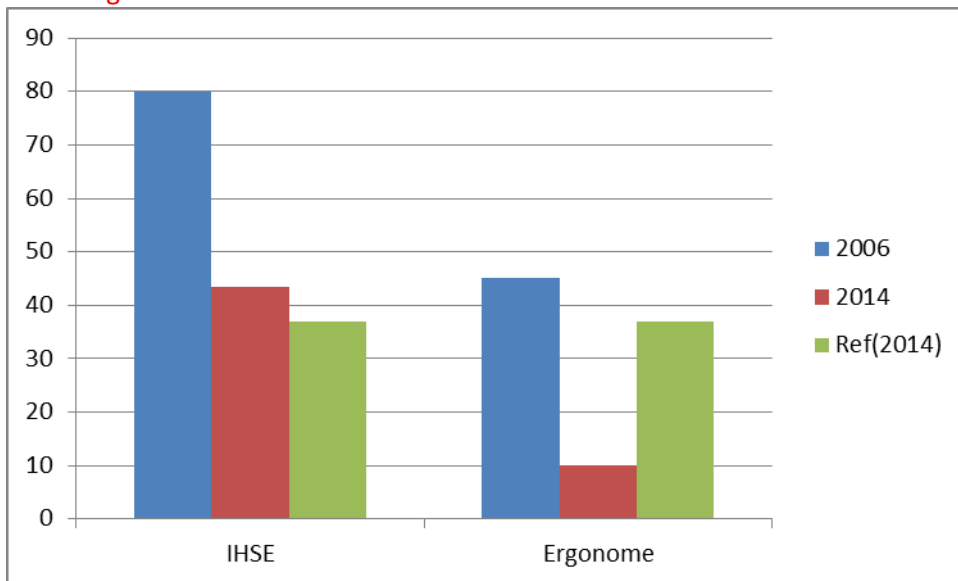
### Sécurité



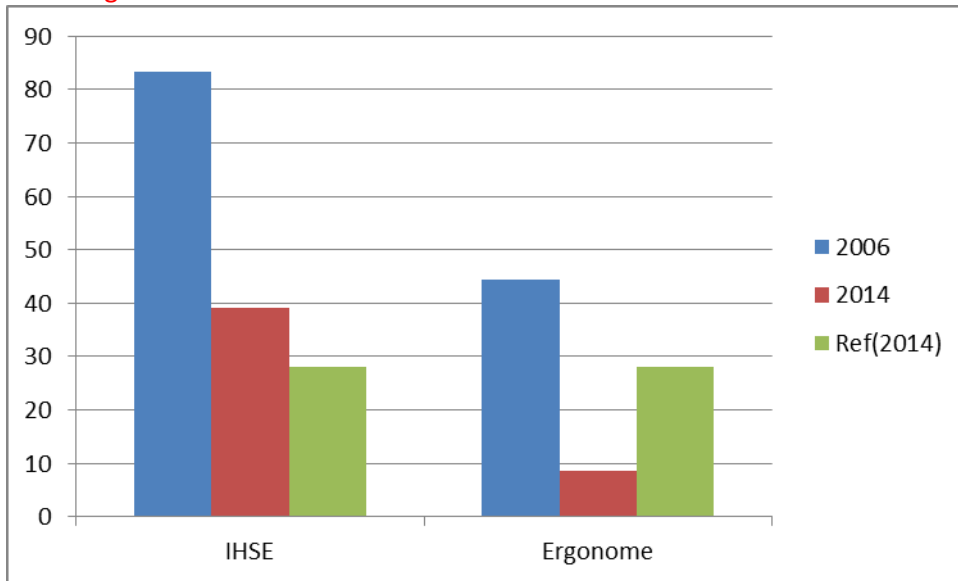
### Hygiène industrielle



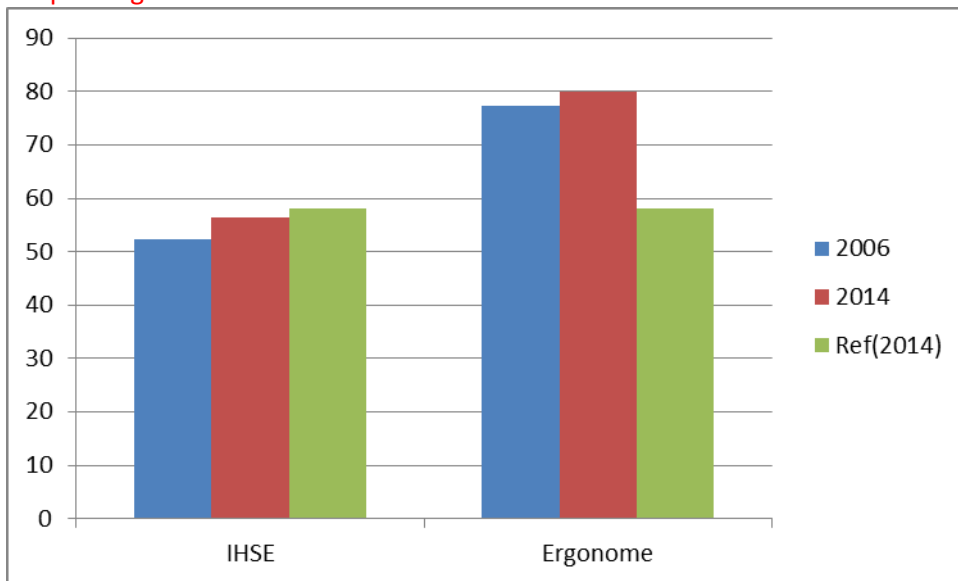
### Toxicologie



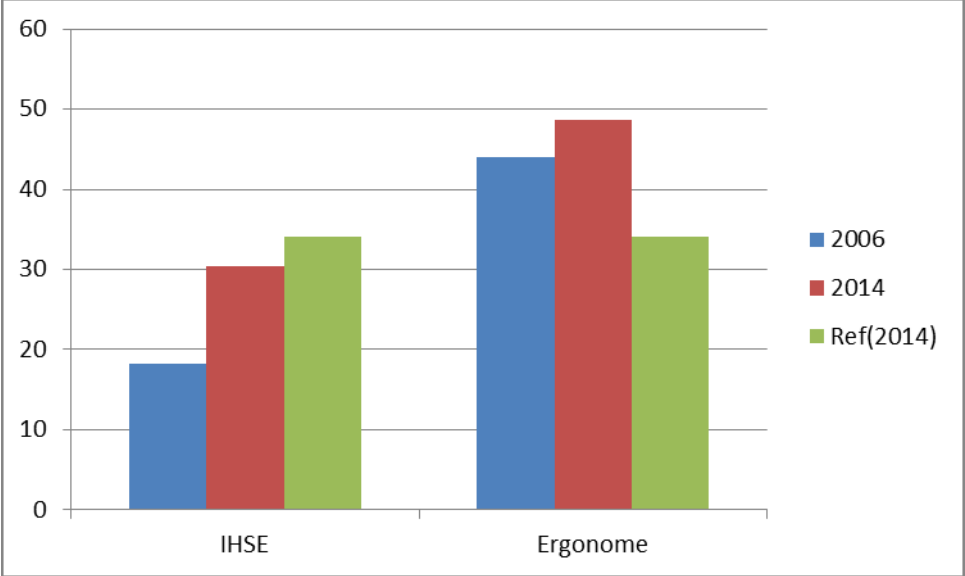
### Métrologie ambiance chimie



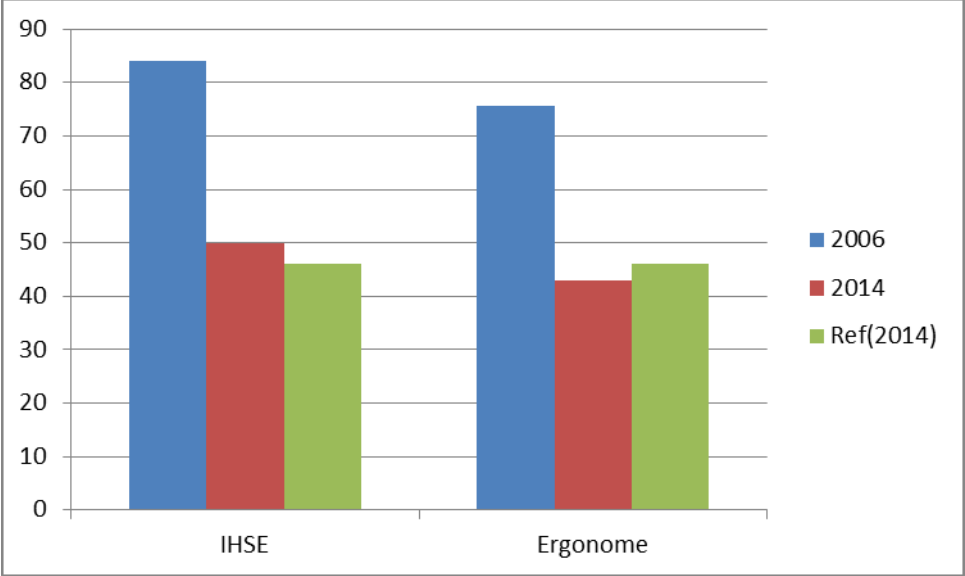
### Risques organisationnels



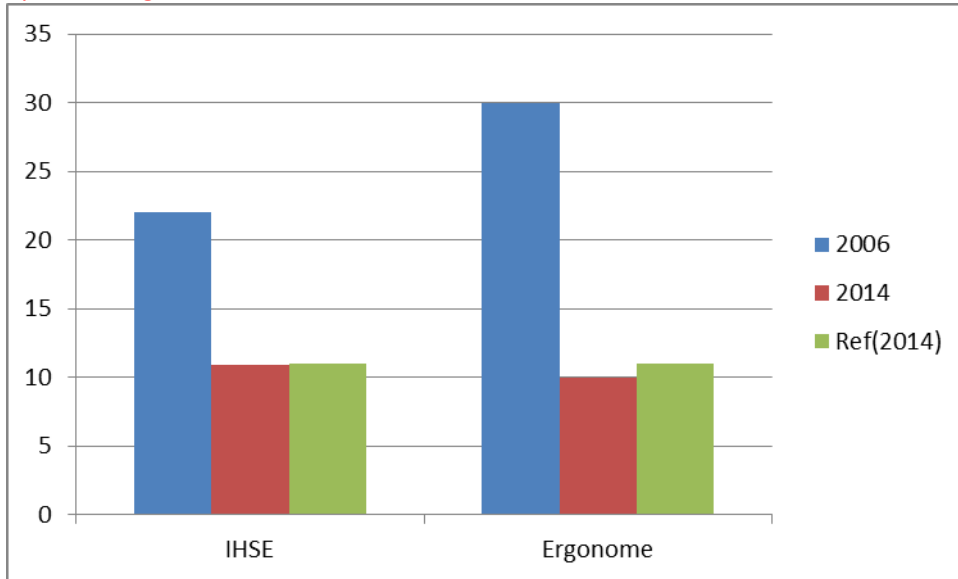
Psychosociologie du travail



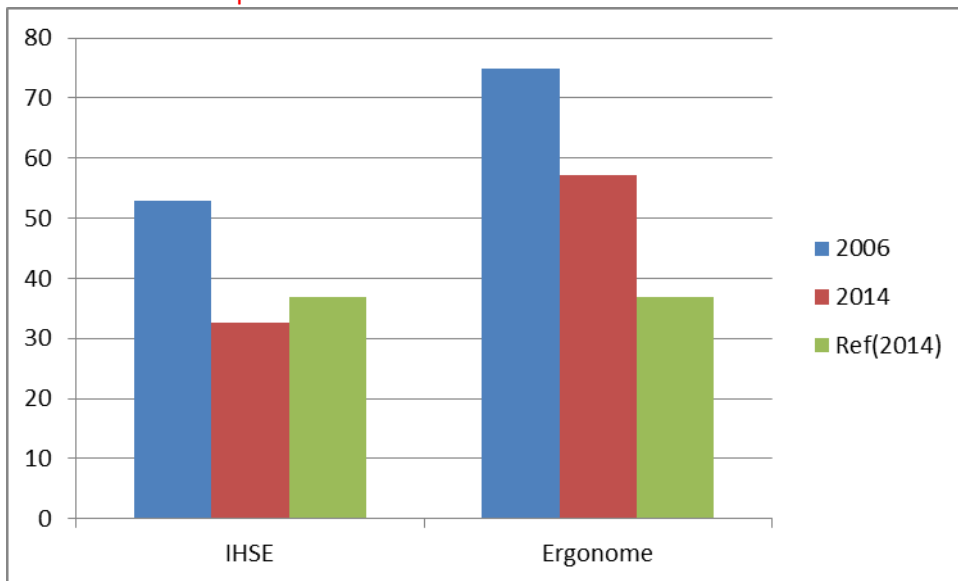
Recherche documentaire



### Epidémiologie

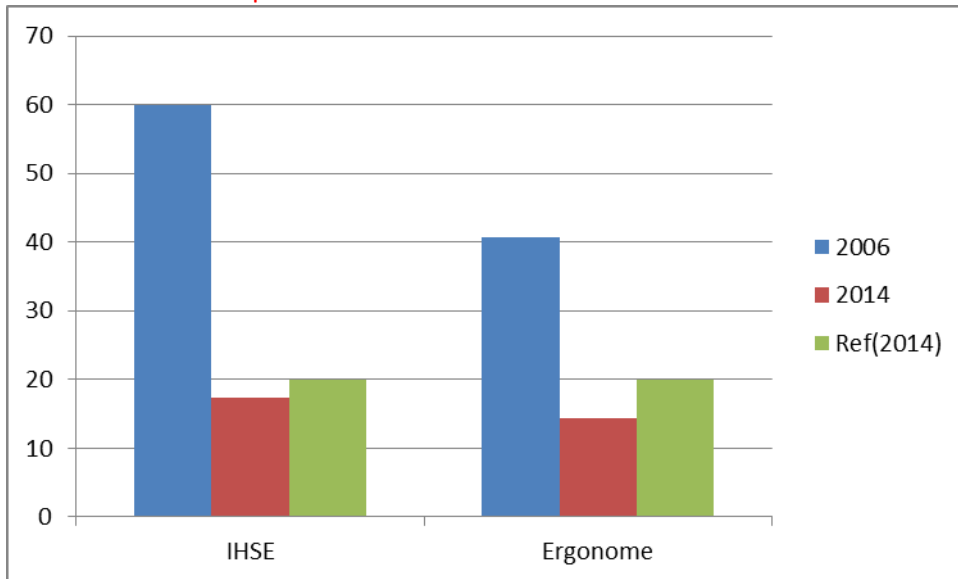


### Maintien dans l'emploi

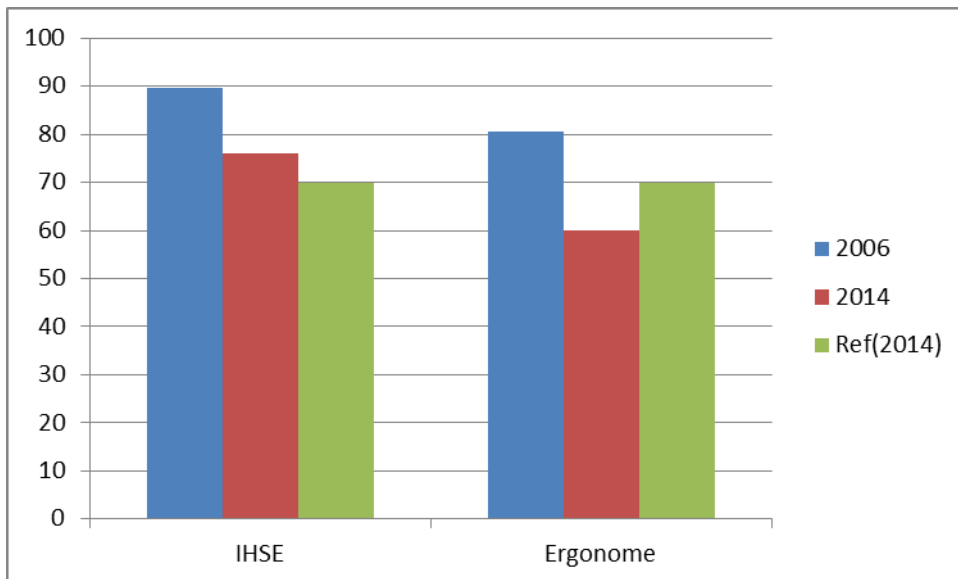




### Information salariés prévention



### Information conseil



### Animation des groupes inter-entreprises

