

Ouverture du thème : L'ergonome dans les collaborations multiprofessionnelles

François Daniellou

Brahim Mohammed-Brahim

Introduction

Bienvenue à tous, c'est la douzième fois que je vous dis cela, cela fait vraiment très plaisir. La question de la collaboration des ergonomes avec les autres professionnels a soulevé, me semble-t-il, beaucoup d'intérêt, de la part des ergonomes mais aussi d'autres partenaires. Je suis très touché, par exemple, de la présence de la responsable santé-travail de la confédération CFDT. Il y a aussi beaucoup d'autres représentants du personnel dans la salle.

Je vais introduire la question de la collaboration avec d'autres professionnels en général, et Brahim Mohammed-Brahim interviendra sur l'interdisciplinarité dans les services de santé au travail introduit par les réformes de la santé au travail.

1. « Multiprofessionnelles » et non « interdisciplinaires »

Les Journées s'intitulent : « l'ergonome et les collaborations multiprofessionnelles ». Le choix du terme « multiprofessionnelles » est évidemment tout à fait volontaire. L'idée d'*interdisciplinarité* est une idée qui renvoie à la production des connaissances par les *disciplines* scientifiques. Il existe toute une problématique sur la façon dont des disciplines scientifiques peuvent travailler entre elles, pour produire des connaissances d'un type un peu distinct de celles qui seraient produites dans le cadre d'une discipline seule. Mais, ce n'est pas ce sujet que nous aborderons. Nous allons parler de collaborations entre les *professionnels*. Le terme interdisciplinarité est passé dans la loi, mais ce n'est pas le bon terme pour désigner ce dont il s'agit. Interdisciplinarité et multiprofessionnalité, ce n'est pas tout à fait la même chose. Par contre, bien sûr, il y a quelque chose à apprendre des travaux qui ont été faits sur l'interdisciplinarité.

Un professionnel n'est pas juste le représentant d'une discipline. Evidemment, il a une formation qui repose sur une discipline principale, une discipline de référence ; mais il sait beaucoup d'autres choses : lire, écrire, compter... Il a acquis des connaissances dans d'autres disciplines. Son corps a aussi été mis en situation dans une histoire qui lui est propre, il a donc développé des compétences, des manières de gérer les situations. Finalement, cette personne porte beaucoup d'autres choses que la discipline principale de sa formation.

Par ailleurs, un professionnel n'*applique pas* des connaissances scientifiques pour résoudre des problèmes. Je ne vais pas développer à nouveau l'ensemble de ce raisonnement, qui est

un classique des Journées, où nous avons souvent parlé des travaux de Schön. Quand on arrive quelque part, les problèmes ne sont pas déjà posés, nous devons les construire. C'est dans un dialogue avec la situation que le praticien envisage certaines actions possible, et la situation lui répond en exposant les effets probables de celles-ci. Le professionnel va tenter d'imaginer plusieurs actions possibles sur la situation. Ce mode de raisonnement n'est pas une application de connaissances qui proviendraient d'une seule discipline.

« Leçons » de l'interdisciplinarité

Pour tirer « quelques leçons » sur l'interdisciplinarité, je me réfère, par exemple, aux différents travaux de Dominique Vinck¹, du laboratoire CRISTO à Grenoble. Une discipline est quelque chose d'extraordinairement peu précis. Suivant les critères pris en considération, les frontières des disciplines ne vont pas être les mêmes. Les frontières des commissions du Conseil national des universités qui nomment les enseignants ne sont pas les mêmes que celles des sections du CNRS qui nomment les chercheurs. Les journaux scientifiques couvrent des périmètres qui ne sont pas les mêmes que ceux des disciplines.

Une discipline évolue dans le temps. Des disciplines naissent, se développent, explosent, se divisent. La frontière entre deux disciplines, d'une part est floue et d'autre part est vivante.

Les travaux sur l'interdisciplinarité montrent que les questions d'une discipline sont toujours des questions de tensions entre deux pôles. D'une part, le pôle de l'histoire, de la référence disciplinaire assurée, qui fournit à ses membres un certain nombre de règles auxquelles ils peuvent se tenir. D'autre part, un pôle de la remise en cause : il existe un besoin de remettre en cause les frontières des disciplines, de prendre des risques, d'innover d'une certaine façon. Toute la question de l'interdisciplinarité, c'est l'importance de tenir à la fois l'accroche dans sa propre discipline et la nécessité de sans cesse prendre des risques et de jouer avec les limites pour construire des interfaces avec d'autres.

La collaboration entre des professionnels...

La collaboration entre professionnels est une collaboration entre des mondes : le monde de l'ergonomie, le monde de la médecine du travail, le monde de la qualité, le monde de la prévention des risques professionnels ..., des univers où il y a des structurations de métiers, de professions. Deux personnes qui collaborent entre elles sont reliées par des cordons ombilicaux, chacune à son monde, et on ne peut jamais faire l'hypothèse que la personne est indépendante de ce collectif d'appartenance.

En même temps, ces personnes qui collaborent sont des personnes particulières, qui ont une histoire particulière, et qui ne sont pas seulement des reflets de leur métier ou leur profession. On ne collabore pas seulement avec la partie de la personne qui est rattachée à son monde professionnel. Un médecin du travail qui a exercé comme médecin sans frontières a une histoire différente d'un médecin du travail qui était généraliste ou qui était médecin militaire.

Enfin, on collabore sous le regard de plusieurs personnes : une entreprise, des clients... Le regard porté par les autres sur la collaboration, et la capacité qu'on a à rendre lisible cette collaboration sont des éléments déterminants pour qu'elle réussisse.

¹ Vinck, D., 2000, *Pratiques de l'interdisciplinarité : mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble

2. Métier et profession

En préparant ces Journées, j'ai eu le sentiment qu'il était utile de s'arrêter longuement sur deux notions que nous utilisons beaucoup en ergonomie : métier et profession. Si nous confondons ces termes, nous allons tomber dans des pièges qui mettront en danger à la fois l'exercice du métier et la collaboration avec d'autres professionnels.

Le *métier* est lié à une tradition qui a élaboré des règles de métier. Quand on est accueilli dans un métier, on a la chance de trouver des valeurs, des règles de métier, des manières de gérer des situations. Le métier sait accueillir les nouveaux, organiser leurs apprentissages, transmettre l'histoire. Yves Clot a développé l'idée que le métier a aussi une capacité à faire évoluer ses règles, à tirer parti du style de chacun de ses membres, « le genre est à l'affût du style » pour moderniser les règles, les adapter aux évolutions du contexte. Les Journées de Bordeaux sur la pratique, par exemple, sont un espace pour faire parler le métier.

La *profession*, c'est tout à fait autre chose. Je fais référence, par exemple, au livre sur la sociologie des professions de C. Dubar et P. Tripier². La profession, c'est l'organisation collective de la gestion des enjeux économiques et statutaires. Nous pouvons dire que la profession, ce sont les processus sociaux qu'un groupe va mettre en œuvre pour se créer un périmètre d'exercice professionnel, d'une certaine façon pour défendre son territoire et s'assurer à l'intérieur de ce territoire le monopole d'un exercice.

2.1. Profession : la construction sociale d'une justification

Il y a de nombreux travaux sur la façon dont des groupes professionnels se sont organisés pour occuper des territoires. Toutes les activités professionnelles ne sont pas structurées en professions. La sociologie des professions montre le travail considérable qui est fait par les groupes professionnels pour éliminer les concurrents à l'intérieur du périmètre. Il y a des travaux très intéressants sur le début de l'activité professionnelle structurée des médecins. Au début du 19^e siècle, les médecins n'étaient pas plus efficaces que les guérisseurs. La probabilité de survie de quelqu'un qui allait voir un médecin n'était pas plus importante que celle de quelqu'un qui allait voir un guérisseur. Les médecins se sont organisés pour afficher qu'ils avaient un rôle dans le fonctionnement du système social.

Bien évidemment, la profession va mettre en avant une *technicité* garantie par une *formation*. Les sociologues montrent que les professionnels vont également développer une activité pédagogique très importante. Concernant les médecins, le discours développé pour convaincre les clients de faire appel à eux a été très structurant de leur monopole actuel, même si, maintenant, ils ont une efficacité que n'ont pas les guérisseurs. La sociologie montre que, dans une profession, il y a un travail de structuration en interne, avec des règles d'éthique et une valorisation du travail bien fait pour préserver le territoire. C'est sur ce point là que la question de la profession rencontre la question du métier.

2.2. Les mouvements professionnels

Les mouvements professionnels gèrent les questions économiques et statutaires. Une profession n'a d'autorité que dans des limites restreintes. Mais on constate que chaque fois

² Dubar, C. et Tripier, P., 1999, *Sociologie des professions*. Armand Colin

que des professionnels avaient un statut de maîtrise d'œuvre, ils ont fait tout ce qu'ils pouvaient pour avoir une influence sur la définition des objectifs. Par exemple, dans les concours d'architecture, il y a un tiers d'architectes. La profession s'est organisée pour agir sur la recherche de solutions dans son activité de maîtrise d'œuvre, mais également pour avoir une influence sur la définition des objectifs par le client.

La profession va chercher à protéger ses avantages matériels et symboliques. L'idéal pour une profession est que son monopole soit reconnu par l'Etat, c'est vrai pour les médecins, c'est maintenant vrai pour les psychologues, ce n'est pas vrai pour les ergonomes. Pour pouvoir vivre économiquement, les hommes et femmes de métier ont besoin d'un cadre de profession, ils ont besoin qu'une structuration professionnelle protège leur cadre de métier. Par ailleurs, pour justifier de ce monopole ou de ses avantages statutaires, la profession a besoin de mettre en avant l'existence du métier. Dans nos discussions sur l'ergonomie et la collaboration avec d'autres professions, la confusion entre la profession et le métier nous mettrait en difficulté pour comprendre ce qui se passe.

Par exemple, les médecins généralistes ont une très forte organisation professionnelle mais ils n'ont quasiment pas d'organisation de métier. Il n'y a pas d'espace où les médecins discutent de leurs difficultés d'exercice du métier ; par contre il y a beaucoup de mouvements professionnels. Les mouvements professionnels vont gérer les questions économiques et statutaires mais ne vont pas parler du métier, du travail, de l'activité. L'économique et le statutaire deviennent parfois une sorte « d'équivalent général » avec l'idée que l'argent peut tout faire passer ; les ergonomes savent que ce n'est pas vrai. Souvent, des négociations se terminent par une modification des conditions économiques et statutaires ; beaucoup plus rarement par le traitement des difficultés concrètes que les travailleurs rencontrent dans leur activité.

Par ailleurs, il y a une tendance progressive à la spécialisation de toutes les professions. On voit apparaître des segments professionnels qui, au début, sont défendus par l'ensemble de la profession, et qui, progressivement, se dotent de leur propre organisation professionnelle et défendent leur propre monopole.

3. Pour les ergonomes : un métier-centre virtuel, et bien utile, mais pas de profession-centre !

Pierre Richard³ l'avait dit de façon claire au congrès de la SELF à Aix, nous sommes habitués à avoir un *métier-centre*, le métier d'ergonome, qui est un métier virtuel. Personne d'entre nous n'est seulement ergonome, je suis ergonome, professeur d'université, directeur de laboratoire... Ceci dit, ce métier-centre virtuel nous permet de travailler nos règles de métier, d'avoir les Journées sur la pratique, d'avoir des espaces régionaux de discussion. Ces espaces nous permettent de parler d'interventions en ergonomie, des méthodes qui marchent, de celles qui ne marchent pas, des difficultés rencontrées, du travail avec les interlocuteurs, de la conduite de projet... Nous entretenons collectivement une activité de fabrication et de maintien des règles de métier dans un métier-centre virtuel.

³ Richard, P., 2002, Professionalisation des ergonomes du métier prescrit aux métiers réels. *Actes du XXXVIIème congrès Société d'Ergonomie de Langue Française. Les évolutions de la prescription* (pp. 16-33). Aix en Provence : Greact, Self

Mais il n'y a pas de profession-centre, pour ce qui concerne la structuration de l'activité économique et statutaire des ergonomes. Il y a une structuration forte du métier de consultant avec le Syndicat national des cabinets d'ergonomes, il commence à y avoir une structuration du métier d'enseignants-chercheurs avec le Collège des enseignants-chercheurs en ergonomie. C'est typiquement un regroupement professionnel qui aura pour objectif d'agir sur le périmètre qu'on nous laisse pour travailler. Les ergonomes qui travaillent dans le milieu de l'insertion et du maintien dans l'emploi ont le GEDER, qui est à la fois une association professionnelle et le lieu d'un travail de métier. Nous allons peut-être voir arriver l'APESSST l'Association Professionnelle des Ergonomes des Services de Santé au Travail !

La structuration des professions n'est pas la même que la structuration du métier. La confrontation sur les règles de métier dans des situations professionnelles différentes est utile et nécessaire. Des formes nouvelles d'exercice apparaissent, elles ont besoin d'une organisation professionnelle. Mais, la transposition des règles d'organisation *professionnelle* d'un segment à l'autre n'est pas pertinente. Certains points de vue sur la structuration de la profession de consultant ne sont pas pertinents pour aider la structuration actuelle de l'ergonomie dans les services de santé au travail. Nous avons besoin que chaque segment professionnel s'organise. Partiellement, il peut utiliser le métier comme une référence commune pour s'organiser, mais partiellement seulement.

4. Conditions de la collaboration

4.1. On collabore avec une personne, pas avec un professionnel typique

Plusieurs conditions sont nécessaires pour collaborer de façon efficace et agréable avec d'autres professionnels. On collabore avec une personne, pas avec un médecin du travail en général ou un architecte en général ou avec un professionnel qui serait typique. Les personnes ont leur monde de référence, que nous allons devoir comprendre, mais ces personnes ne sont pas réductibles à leur monde professionnel. Elles ont aussi une histoire personnelle, de métier, de trajectoire antérieure... Lorsqu'un DRH est particulièrement ouvert aux questions d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, il n'est pas rare d'apprendre au cours de l'intervention que cette personne a un enfant ou un proche handicapé. Les personnes ont aussi des engagements plus ou moins affichés : syndicaux, dans des associations... Par ailleurs, elles ne sont pas entièrement libres de ce qu'elles font, elles ont un positionnement, une hiérarchie, elles appartiennent à une entreprise ...

4.2. Le diagnostic préalable à l'interprofessionnalité

La collaboration avec des collègues d'autres professions nécessite un « diagnostic préalable à l'interprofessionnalité ». Plusieurs questions peuvent être posées : qu'est ce qu'on fait ensemble ? Quelles sont les origines de la collaboration ? Quelles sont les obligations de la collaboration ? Sous le regard de qui ? Avec quelles formes d'évaluation ? Quelles sont les échéances ?

Nous allons devoir favoriser la découverte mutuelle des mondes : le monde des ergonomes et le monde d'un autre professionnel. Nous allons devoir identifier le réseau des exigences et des contraintes avec lequel se débattent les interlocuteurs. L'interprofessionnalité a un

coût. Ce coût sera acceptable s'il y a des bénéfiques : qu'est ce qu'on a à gagner ? Qu'est ce que l'autre a à gagner ? Qu'est ce qu'on peut apporter ?

On ne peut pas collaborer seulement avec l'idée d'un référentiel commun, la collaboration nécessite de se rendre compte qu'il y a des différences qui ne sont pas réductibles. Un médecin, par exemple, ne peut pas faire de compromis sur les questions de santé, c'est un irréductible qu'il faut prendre en compte. Et dans chaque profession, il y a des irréductibles qu'il faut identifier et assumer.

Pour l'exploration des mondes, il y a en général des connaissances disponibles. Si l'on veut collaborer avec les inspecteurs de travail, par exemple, cela vaut la peine de lire ce que N. Dodier⁴ ou V. Tiano⁵ ont écrit sur leur activité. Il faut aussi se poser des questions sur l'histoire d'une profession. La médecine du travail, en France, a une histoire qui est liée aux questions d'aptitude. Dans la plupart des pays nordiques en Europe, l'histoire de la santé au travail est une histoire de prévention, de protection des travailleurs par rapport aux risques professionnels. Nous sommes en train de vivre le choc entre la culture européenne de prévention et la culture française tournée plutôt vers l'aptitude.

Il est important de comprendre les trajectoires biographiques : comment devient-on quelque chose ? Comment devient-on architecte ? Comprendre comment sont faites, par exemple, les études d'architecte, et se rendre compte qu'il n'y est presque jamais question de maître d'ouvrage.

Quelle est l'accroche à une structure professionnelle ? Quelle est la structure hiérarchique qui pèse sur la personne ou quelle est la nature de son contrat avec son client ? Quelle est la nature, par exemple, du contrat d'un médecin du travail avec son client ? Pour le service de Santé au travail, le client c'est l'entreprise !

Quelle est l'origine des règles pour ces professionnels ? Qu'est ce qui vient de la loi, des chefs, des pairs ? Quelles sont les évaluations qui pèsent sur cette profession ? Pour un architecte, une partie importante de l'évaluation est la publication de photographies dans des revues d'architecture. La question de savoir si le bâtiment fonctionne à l'intérieur ou pas est pour l'instant d'assez peu de poids dans la notoriété de l'architecte.

Quelles sont les valeurs structurantes d'une profession ? Une profession a forcément des conflits de valeurs en interne : les ergonomes se débattent avec des valeurs contradictoires, la santé et l'efficacité par exemple. Cela fait partie de leur identité professionnelle. Les autres professionnels ont d'autres débats.

Qu'est ce qui est affiché comme technicité ? Si l'on prend des programmistes, par exemple, quelle est la technicité revendiquée, qui permettrait de justifier qu'un programmiste serait plus adapté que d'autres professionnels pour faire un programme ?

Les personnes avec qui on collabore, que sont-elles les seules à pouvoir apporter ? P. Davezies⁶ a développé dans le bulletin de la SELF le fait que les médecins sont les seuls

⁴ Dodier, N., 1989, Le travail d'accommodation des inspecteurs du travail en matière de sécurité. in *Justesse et justice dans le travail*. Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi, 33, 281-306. Presses Universitaires de France

⁵ Tiano, V., 2003, *Les inspecteurs du travail à l'épreuve de l'évaluation des risques : une profession sous tension*. Thèse de doctorat de Sociologie, Université Aix-Marseille 2.

⁶ Davezies, P. et Dugué, B., 2005, Rencontre avec Philippe Davezies. *Bulletin de la Self*, 137, Mars, 32-38

à pouvoir offrir une certaine forme d'écoute, et que la collaboration entre eux et les ergonomes passe par la reconnaissance de cette spécificité. On ne peut pas collaborer avec d'autres professionnels à partir de leurs incompétences ou à partir de ce qu'ils ne font pas. Il est donc essentiel de s'interroger sur leurs apports spécifiques.

Quels sont les objets structurants de leurs pratiques professionnelles ? Quels sont les objets intermédiaires qu'ils utilisent ? Pour l'architecte, c'est évident, ce sont des plans, des schémas... Il est plus facile de collaborer avec des professionnels si on comprend quels sont leurs objets intermédiaires et si on sait s'en servir.

Quelle est leur structuration temporelle ? L'ergonome a besoin de savoir que les architectes mènent plusieurs projets à la fois, et que donc il y a une discontinuité dans les projets.

Avec qui, avant nous, ces professionnels sont-ils habitués à collaborer ? Le médecin du travail est habitué à collaborer avec des subordonnés, notamment des infirmières, et avec des spécialistes comme les cardiologues, donc sa première tentation est sans doute de se demander si un ergonome c'est plutôt comme une infirmière ou plutôt comme un cardiologue.

Il est utile de se demander si les professionnels avec qui on travaille sont dans un processus de développement du métier. Comment vivent-ils leurs règles professionnelles ? Quand ils sont dans des situations difficiles, quels sont leurs recours ? Quand on arrive dans le métier, comment est-on accueilli ? Par un compagnonnage ? Comment, dans ce métier-là se tient-on à jour ? Comment s'élaborent des processus réflexifs collectifs continus ?

Comment sont-ils défendus sur le plan professionnel ? Est-ce qu'ils ont des syndicats, des associations professionnelles ?

Il va être utile de détecter que, dans certains cas, la profession est en avance sur le métier et que, dans d'autres cas, le métier est en avance sur la profession. Et l'on ne va pas collaborer de la même façon, si ce qui est mis en avant relève des défenses de professions ou des règles de métier.

5. Pour donner des chances à l'interprofessionnalité

Pour donner des chances à l'interprofessionnalité, il faut faire ce diagnostic préalable des formes des coûts et des bénéfices possibles. Il faut aussi faire découvrir notre monde. Pourtant, quand nous intervenons dans une entreprise, nous savons qu'il ne faut surtout pas expliquer ce qu'est l'ergonomie, que ça ne marche jamais. Ce n'est pas d'une discipline dont les interlocuteurs ont besoin. Ce qu'ils ont besoin de savoir, c'est ce que notre métier peut apporter, ce que font les ergonomes.

Cela vaut la peine, aussi, quand on veut construire des formes d'interprofessionnalité, de se demander ce qu'il faut lâcher. Nous n'avons rien à gagner à afficher un bloc rigide, non négociable, de l'ergonomie. Personnellement, cela ne me dérange pas, quand je travaille dans les milieux de la sûreté, dans les industries à risques, de dire que je suis un spécialiste des facteurs humains. Si cela permet de pouvoir intervenir, et de contribuer à la sûreté, je ne vais pas me battre pour dire à tout prix que je fais de l'ergonomie. Mais il y a des choses que nous ne lâcherons pas, comme par exemple d'aller sur le terrain.

La définition d'un *objectif commun* est très importante. Si on considère que l'objectif d'une collaboration avec un architecte est le *bâtiment*, je crois qu'il n'y a pas grand chose de

possible. Par contre, si on se dit qu'on est là pour travailler avec lui sur le *fonctionnement du bâtiment*, il est assez probable que ce soit acceptable.

Il est important de mettre en place formellement le cadre de la coopération. Par exemple, lors de la construction d'une conduite de projet, il est nécessaire de connaître les boucles de régulation en cas de crise. Quand on collabore avec d'autres professionnels, il faut également connaître les mécanismes de régulation en cas de conflit. La réponse est dans la structuration du projet.

Nous avons à inventer des objets intermédiaires, des types de supports à la fois utilisables par nous et par nos interlocuteurs. Par exemple, l'invention des « fiches-locaux » dans les projets architecturaux s'est révélée être un bon support de collaboration.

Il ne faut pas oublier que la personne qui collabore avec nous le fait sous le regard de son monde : il faut donc l'aider à développer les arguments pertinents vis-à-vis de son propre groupe professionnel.

La collaboration va prendre du temps. Dans le meilleur des cas, une pratique réflexive conjointe va naître, à la fois dans le cours de l'action, et pour se retourner sur l'action achevée.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, nous disposons déjà d'analyses de l'activité de nombreux professionnels avec lesquels nous pouvons collaborer. Nous avons sans doute besoin d'en réaliser encore beaucoup, dans les différents métiers que nous sommes amenés à côtoyer.

L'ergonome dans les collaborations multiprofessionnelles

Brahim Mohammed-Brahim

Communication non validée par l'auteur

Je vais témoigner de mon vécu sur la question de la pluridisciplinarité. J'ai essayé de contextualiser l'approche pluridisciplinaire à partir de ce que je fais depuis trois ou quatre ans. C'est-à-dire quelque temps avant que les textes sur la pluridisciplinarité nous tombent dessus. Je ne crois pas qu'il y ait eu une construction de cette pluridisciplinarité en France. Un jour on nous a sommé de travailler en équipe pluridisciplinaire sur la question de la prévention des risques professionnels.

C'est une réflexion qui est née parce que nous avons su qu'un texte européen allait nous tomber dessus.

1. Ce que disent les textes

J'utiliserai le terme pluridisciplinaire, non pas parce que je ne partage pas la définition de la pluriprofessionnalité, mais parce que les textes consacrés par la réglementation utilisent ce terme. Bien que nous reviendrons à la question de la profession.

1.1. Un texte fondateur

L'article 193 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002, de refondation sociale. Il érige la pluridisciplinarité en obligation générale. Les entreprises et les services de santé au travail sont tenus d'être en capacité de mobiliser toutes les compétences utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail.

Cette prescription réglementaire de la pluridisciplinarité est rarement respectée.

1.2. Les acteurs pluridisciplinaires

Cela sera précisé par l'Arrêté du 24 décembre 2003. Il créait un corps qui est appelé : « intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ». Il le scinde en trois champs. Un champ technique, un champ organisationnel et un champ médical, en relation avec le travail. D'autre part, pour reconnaître ces IPRP et pour les faire habilités, puisqu'il n'y a pas de diplôme délivré par l'université, un système d'habilitation professionnel a été mis en place. Ceci à travers des jurys interrégionaux composés de la CRAM, de l'OPBBTP et des ARACT.

1.3. Des modalités de fonctionnement

Il est dit que l'IPRP participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Il y a bien un objectif exclusif de prévention, c'est ce qu'énonce du moins la loi.

Le concours de l'intervenant en prévention des risques professionnels est subordonné à la signature d'une convention. Il est obligatoire qu'il y ait une convention qui cadre ses activités, ce qu'on lui demande de faire, les modalités selon lesquelles il va exercer ses activités, les moyens mis à sa disposition et les moyens mis en œuvre pour assurer son indépendance.

Un problème se pose par rapport aux intervenants. Il y en a un qui est un peu particulier. En tout état de cause, la loi « prend des gants » pour en parler.

1.4. La relation au médecin du travail

La loi stipule : « les services de santé au travail définissent les modalités de la collaboration entre l'intervenant en prévention des risques professionnels et le médecin du travail ». Donc il y a des intervenants que l'on appelle les IPRP et un intervenant particulier, le médecin du travail. Lui, de façon unilatérale, reçoit les communications et les informations relatives à la santé au travail, recueillies par l'intervenant. En retour, il n'a aucune obligation.

2. Ce que ne disent pas les textes

Nous découvrons de nouveaux éléments dans notre pratique quotidienne.

2.1. Les modalités pratiques de mise en œuvre

Quels sont les besoins, ressentis, exprimés, révélés, de l'entreprise, en matière de pluridisciplinarité ? C'est une question lancinante qui revient aujourd'hui. De toute façon, soit, ils sont nuls, soit ils ne s'expriment pas en ces termes.

L'entreprise reste selon la loi le maître de l'ouvrage, par l'intermédiaire du chef d'entreprise. C'est lui qui, en principe, doit décider de l'intervention pluridisciplinaire.

Donc quels sont les rapports entre les besoins de l'entreprise et les offres du maître d'œuvre, le maître d'œuvre est soit le président du service de santé au travail, dans le cadre d'un service interentreprise. Soit le chef d'entreprise lui-même, qui est dans ce cas à la fois maître de l'ouvrage et maître d'œuvre.

Le problème n'est pas réglé, puisqu'on nous parle de besoins que nous n'avons pas encore rencontrés. Cela constitue une interrogation importante.

Ensuite, comment réaliser l'appel à compétences ?

Tout d'abord, lesquelles ? La réglementation dit : « techniques, organisationnelles et médicales ». Mais cela ne veut rien dire. L'ergonome est-il une compétence technique ou organisationnelle ? Je ne sais pas. Un médecin est-il technique, organisationnelle ou seulement médicale ? Nous n'avons pas de réponse à cette question. Quelles sont les palettes de professionnels qui peuvent intervenir dans ce champ ? La réglementation ne les définit pas. Elle ne dit pas non plus s'il est nécessaire qu'il y ait toutes les palettes de professions ou seulement un professionnel.

Ensuite, où ? Où doivent-elles se trouver ? En interne, c'est-à-dire dans le service de santé au travail. En externe, mais à quel endroit ? Les deux, si l'on considère que l'équipe pluridisciplinaire visée est à géométrie variable. Ce sont des problèmes qui ne sont pas réglés.

Et comment ? Est-ce que lors de chaque mission nous devons passer une convention ? Selon la loi, c'est le chef d'entreprise qui ordonne le service. En même temps, il y a un intermédiaire : le service de santé. Donc nous passons la convention avec qui ? Est-ce que nous la passons à chaque fois, ou, est-ce que nous considérons qu'elle est réalisée une fois pour toutes ? Et finalement, quelles sont les règles générales de l'intervention ?

Quel financement ? Sur cette question c'est le « silence total ». Une activité nouvelle est créée. Elle est confiée à des intervenants, mais cette activité n'est pas financée. Aucun système de financement n'a été conçu pour le moment. Les échanges entre les IPRP témoignent que cela devient une préoccupation majeure.

2.2. Le statut des IPRP

On ne parle que de mission. On ne parle pas de fonction. On recrute des IPRP à plein temps, ce qui signifie que ce sont des intervenants qui auront suffisamment de missions pour que cela devienne une activité complète.

Autre problème qui n'est pas réglé : l'indépendance technique et la subordination hiérarchique. Il est clair qu'il y a un intervenant particulier qui est le médecin du travail. Il reçoit systématiquement des informations, mais il n'est pas censé donner des interventions. Il y a quand même une subordination hiérarchique qui n'est pas avouée ou que l'on n'ose pas remettre en cause. D'autre part, la question de l'indépendance technique a été rejetée puisqu'elle a été réglée par l'arrêté en disant que les IPRP doivent attester sur l'honneur qu'ils sont indépendants.

Se posent également des problèmes de contingents. Cela est relatif au problème de la classification et de la rémunération. Est-ce que cela va relever d'une convention CISME comme pour les médecins du travail ? Sachant que les IPRP sont des secrétaires médicales plus ou moins bachelières, qui ont une dizaine d'années d'expérience, ou des personnes ayant Bac + 12. Cela pose problème, et aujourd'hui ce n'est pas résolu. C'est une question qui reste en suspens.

3. L'état des lieux

L'état des lieux aujourd'hui, par rapport à ce qui est dit et par rapport à ce qui n'est pas dit, si tenté que l'on puisse avoir une image relativement précise de ce qui se passe...

3.1. Les acteurs

La seule ressource que nous ayons est une enquête CISME de 2003. Elle fait ressortir que dans ce magma d'IPRP, il y a 25 % de Bac + 2, 11 % de Bac + 4, 29 % de Bac + 5 et plus, et 40 % de cadre.

En ce qui concerne la représentation professionnelle, les ergonomes constituent la majorité large, 16,5 %. Quand toutes les autres professions ne sont représentées qu'à moins de 3 %. Donc apparemment l'ergonome est un acteur naturel de la pluridisciplinarité telle qu'elle est engagée.

L'ancienneté est faible. 75 % des intervenants ont moins de cinq ans d'ancienneté. Cela se comprend puisque l'on commence à recruter. Nous pouvons constater, à la fois un grossissement des effectifs et une modification qualitative récente des recrutements. On

commence à recruter des gens qui ont une relative expérience dans le domaine de la santé ou du travail.

3.2. Les organisations

Comment les entreprises ont essayé de répondre à cette obligation qui leur est tombée dessus ?

– Interne

Il y a de la promotion interne. Beaucoup de services tentent de former ce que l'on appelle les assistantes médicales ou les secrétaires médicales, pour essayer d'en faire des IPRP. D'autres services recrutent. Le recrutement est extrêmement diversifié. On recrute des personnes ayant un Diplôme Universitaire de Technologie en Hygiène et Sécurité, des ergonomes ayant des DU ou des Master... Il y a un peu de tout.

– Externe

Il y a une tendance qui se dessine et qui semble assez forte : la mutualisation. C'est-à-dire le regroupement de moyens. A travers, soit des Groupements d'Intérêts Économiques, ce qui est le cas le plus fréquent, soit des associations loi 1901. D'autres formes d'organisations se développent : la mise en réseau d'intervenants libéraux, c'est-à-dire un service qui a un carnet d'adresse d'intervenants et qui les engage en fonction de la demande exprimée sur le terrain.

En tout état de cause, il y a, c'est le moins que l'on puisse dire, une hétérogénéité de statuts, de compositions, de fonctionnements et de financements. Pour le moment, il n'y a pas de stabilisation de ce champ d'actions pluridisciplinaires visé par la réglementation.

3.3. Quelques remarques

Tout d'abord par rapport à la question : pluridisciplinaire / pluriprofessionnel ?

Il me semble que c'est une question secondaire dans la mesure où lorsqu'on lit l'arrêté, on ressent qu'il est en avance sur la loi puisqu'il fait appel à des compétences. D'autre part, les modalités d'habilitation. Que l'on soit d'accord ou non avec ces modalités, il faut reconnaître qu'elles allient formation et expérience, et finalement renvoient à la notion de professionnel. Ainsi, nous sommes bien dans une relation de professionnels plutôt que de disciplines.

Cependant, nous pouvons noter qu'il y a une hétérogénéité des acteurs. Tout le problème est lié au fait qu'il y a de nombreux IPRP dont la spécialité est peu représentée (professionnels représentés à moins de 3 %). De plus, les formes d'organisation sont également hétérogènes. Elles sont dans l'attente d'un cadre réglementaire à travers une circulaire qui devrait permettre de déterminer une forme d'organisation plus ou moins stabilisée.

L'hétérogénéité est liée :

– À l'héritage préexistant :

La sécurité et la santé sont restées marginales dans l'entreprise. Et, en raison de la réglementation et de l'approche normative de cette question, elles sont restées en dehors du champ du travail réel. Ce qui constitue un paradoxe puisque l'on recrute des

ergonomes. Cela veut peut-être dire qu'il y a une perception particulière de l'ergonomie ?

– Aux imprécisions :

Le chef d'entreprise est-il effectivement le maître d'ouvrage comme le dit la loi ? Pour le moment, en deux ans, nous n'avons jamais reçu une commande d'un chef d'entreprise en matière d'intervention pluriprofessionnelle, ou en tout cas rarement. Donc, cela pose un problème.

– Aux artifices : Le générique peu pertinent des champs de compétence technique et organisationnelle.

On ne peut pas savoir lorsque l'on fait une demande d'habilitation dans quelle catégorie on sera « casée ». Peut-on faire de l'organisationnel, lorsque l'on est reconnu comme ayant une compétence technique ? Nous n'avons pas de réponse à cette question. C'est dire que l'organisation de la transprofessionnalité à partir de réglementation paraît compliquée.

– Aux silences, aux non-dits et aux mal dits de la réglementation :

En particulier en ce qui concerne le médecin du travail qui est « un IPRP pas comme les autres ». Ceci est un problème qui n'est pas réglé. Il est lié au fait qu'il y a une différence importante entre la tradition européenne en matière de prévention des risques professionnels et la tradition française qui est extrêmement médicalisée. Ce n'est pas sans raison que l'Europe a « tapé sur les doigts », encore une fois, fin 2004. Pour dire : « attention vous êtes en train de « bidouiller » pour essayer de coller à l'esprit des conventions européennes tout en restant dans la médicalisation à outrance de la prévention ».

En outre, le processus d'habilitation est biaisé puisque le jury est à la fois juge et partie. Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie sont identifiées comme des IPRP, au même titre que l'OPBBTP et les ARACT. Ce sont également eux qui habilite les IPRP. Ce processus d'habilitation a d'ailleurs été dénoncé par le syndicat des ergonomes consultants libéraux (le Syndicat National des Consultants en Ergonomie)

3.4. Des références à consulter

Des écrits ont été publiés sur ce débat. En particulier, quelque chose qui m'a semblé extrêmement intéressant : le mémoire qui a été adressé au gouvernement par le Comité de Liaison Inter-associations des Préventeurs Européens. Celui-ci met en évidence toutes les difficultés de mise en œuvre qui ne manqueront pas de surgir au quotidien pour l'application des textes français instituant les IPRP.

Et, les avis des syndicats de médecins du travail qui témoignent de la diversité existante dans ce monde.

3.5. Et l'ergonome dans tout ça ?

Tout d'abord, je pense que cette obligation réglementaire qui nous tombe dessus n'a pas que des côtés complexes et négatifs.

Elle est une opportunité de redécouvrir/réinvestir le champ de la santé au travail. Je crois que l'une des problématiques majeures est le fait que les ergonomes aient déserté depuis

longtemps le champ de la santé au travail. Elle est aussi une opportunité de nouveaux marchés et de nouveaux emplois, ce qui n'est pas négligeable. Par exemple, nous avons vu s'organiser le MIDACT en Midi-Pyrénées, pour mettre en place un réseau d'intervenants, d'IPRP. Ils se réunissent régulièrement et essaient d'échanger leurs expériences. En ce qui concerne les embauches, si l'on regarde sur les sites web, il y a seize offres pour des IPRP, dont sept pour des ergonomes. Si je prends l'exemple de notre association, sur vingt-sept demandes d'emploi reçues en 2004, treize concernaient des ergonomes. Donc c'est un marché qui paraît intéressant.

A travers les chiffres que je viens d'énoncer, il semble que l'ergonome apparaît comme un acteur naturel de la transprofessionnalité dans le milieu du travail. Ceci avec des représentations extrêmement diversifiées, mais il paraît comme un élément incontournable. Souvent, lorsque l'on veut faire de la pluridisciplinarité, on va plutôt recruter un ergonome que quelqu'un d'autre, même s'il y a peu de visibilité sur son « métier réel ». On ne sait pas trop ce qu'il fait précisément, mais on a le sentiment que c'est quelqu'un qui connaît le travail.

D'autre part, il est un acteur naturel, même s'il y a une hétérogénéité des professionnels de l'ergonomie. Comme je l'ai dit précédemment, il y a des parcours de formations hétérogènes et de « niveaux » différents. Il y a également, l'ergonome « touche à tout », y compris dans des champs qui ne relèvent pas de la discipline. Comme la qualité, par exemple. Dans mon réseau, je côtoie des ergonomes qualitatifs. Je ne sais pas ce que cela veut dire, mais ils se présentent en tant que tel. Enfin, il y a le positionnement plus ou moins « avancé » ou « en retrait » sur les questions de santé au travail. C'est un positionnement sur lequel il y a un vrai débat. Je pense que c'est un débat que l'on ne pourra pas éviter.

Le troisième élément qui me semble faire de l'ergonome un acteur naturel de la transprofessionnalité est sa culture de la pluralité en matière de prévention des risques. En particulier en ce qui concerne la reconnaissance de la légitimité des points de vue des acteurs de l'entreprise. Ce qui est un peu moins évident par exemple, pour le médecin du travail, qui par sa position réglementaire est celui qui dit la vérité dans l'entreprise. Y compris sur les aménagements de postes d'ailleurs. Même s'il ne sait pas le faire, c'est la fonction qui lui est attribuée. Quand le médecin met « apte avec réserve », on lui dit : « oui, mais qu'est-ce que vous nous conseillez comme aménagement ? ». Dans ce cas, il est bien embarrassé. L'ergonome a aussi une culture du compromis, ce qui n'est pas le cas du médecin du travail, qui est un acteur important de la prévention et de la santé au travail. De ce point de vue l'ergonome est bien placé dans la « course ».

Enfin, il a le souci affiché d'aller à la rencontre des autres acteurs de la santé et de la sécurité au travail. Bien que ce ne soit pas toujours concrétisé sur le terrain. Les ergonomes disent que c'est la faute des autres, « c'est parce que les médecins ne sont pas opérants ». Mais la question peut se poser dans l'autre sens. Les médecins disent que sur les questions d'aménagement de poste, de maintien dans l'emploi, « les ergonomes sont très peu coopératifs ». C'est le discours qu'ils tiennent, je vous le rapporte tel que je l'ai entendu.

3.6. Des atouts pour l'ergonome

- Une appellation qui suffit à elle-même :

Par exemple, en ce qui concerne le psychologue, on est obligé de préciser : psychologue « du travail ». Pour le médecin : médecin « du travail ». Alors que pour l'ergonome, on n'est pas obligé de préciser que c'est l'ergonome du travail, c'est naturel. Cela peut paraître anodin mais il me semble que ce soit un élément important.

- Il est porteur d'un savoir disciplinaire et d'un savoir-faire en construction sociale :

Ce sur quoi les autres acteurs ont beaucoup de déficit. Je pense que cela est un atout majeur. En médecine du travail, je l'affirme et je l'assume (médecins du travail), nous ne savons pas construire socialement.

Il est connu et il connaît l'entreprise :

Et le médecin du travail, il ne connaît pas l'entreprise ? Pas toujours. C'est lui-même qui le dit : « je n'ai pas le temps de faire du tiers-temps, d'aller voir l'entreprise ». Donc, il connaît l'entreprise à travers ce que l'on peut lui rapporter lorsqu'il a le temps de l'écouter dans le cabinet médical. Il faut reconnaître qu'il ne connaît pas l'entreprise. Il ne la connaît qu'à partir de son point de vue, sans forcément accepter qu'un patron soit un patron, et qu'il défende la survie de l'entreprise. Sa position peut tout aussi bien être légitime.

- Il est détenteur d'un outil primordial, l'analyse du travail :

Cet outil a acquis une visibilité dans la réglementation. Qu'il s'agisse de la réglementation sur l'évaluation des risques ou sur la pluridisciplinarité, elles parlent clairement du travail réel.

3.7. Des considérants qui mettent à mal

Le problème est l'entrée systématique par la question de la santé et de la sécurité au travail. Lorsque l'on rentre dans ce champ d'action pluridisciplinaire, on abdique tout le reste.

Le deuxième élément qui semble gêner est l'objectif exclusif de prévention.

Et enfin, je reviens sur ce point, une obligation à sens unique du médecin du travail. Il y a un biais important dans la réglementation par rapport à cela. Il est moins question de collaboration que de sous-traitance. Je crois que ceci mérite un véritable débat car la réglementation n'a, non seulement, pas évacué le problème, mais elle l'a structuré d'une certaine façon. Cette façon pose problème à l'action pluriprofessionnelle sur les questions de santé au travail.

3.8. Des divergences notables dans le milieu des ergonomes

- Entre ceux qui voient dans les textes une dichotomie performance / prévention.

Je vous renvoie à la position du Syndicat National des Consultants en Ergonomie. Ceci à partir d'un certain nombre de points de vue qui se réfèrent :

- À des « connaissances établies en sciences humaines et sociales » et « l'analyse du travail réel par des méthodes rigoureuses ». Dans ce cas on est vraiment dans la science...

- À une lecture sociale de l'entreprise issue « de nombreux retours d'expériences et d'études durant ces dix dernières années ».
- Et finalement, à une vision déterministe des « évolutions fondamentales visant à considérer la prévention comme un facteur de performance à moyen et long terme ».

Personnellement je ne partage pas cette opinion. Je suis dans l'entreprise depuis vingt-cinq ans, et la question des conditions de travail est une question assez conflictuelle pour que je ne sois pas aussi optimiste que les consultants sur ce thème. De plus, je ne pense pas qu'il y ait un déterminisme social absolu. Les questions sont beaucoup plus complexes que cela, je pense que cela est une utopie.

- Ceux qui revendiquent un positionnement « d'intervenants (exclusifs) en santé au travail ».

L'Association Française d'Intervenants en Santé au Travail, par exemple. Il y a des gens qui s'attribuent un positionnement exclusif sur les questions de santé.

- Et ceux qui découvrent les vertus « économiques » de la polyvalence :
 - Les médecins-ergonomes ;
 - Les psychologues du travail-ergonomes ;
 - Les ingénieurs-ergonomes ...

Je ne sais pas ce que signifie médecin-ergonome. Je suis médecin du travail diplômé et je suis diplômé en ergonomie. Mais je n'ai jamais pu travailler comme médecin-ergonome. En terme professionnel, je ne sais pas ce que cela veut dire. Non seulement je ne sais pas, mais je pense qu'en se définissant de la sorte, il y a des risques.

Je vais vous raconter une anecdote.

Nous sommes intervenus avec François Daniellou et Alain Garrigou sur un chantier de déflocage d'amiante en tant qu'ergonomes « affichés ». Un jour, l'assistante du service médecine du travail dont je faisais parti, appelle le chantier et dit : « passez-moi le docteur Brahim ». Les gens viennent à ma rencontre : « Bonjour docteur, vous ne nous aviez pas dis que vous étiez médecin du travail ». Cela m'a posé un énorme problème. Pratique, dans un premier temps, puisque j'ai eu des informations que je n'aurais pas pu avoir si j'avais été seulement ergonome. Et dans un second temps j'ai été gêné vis-à-vis des salariés, puisqu'ils m'ont raconté des choses qu'ils ne m'auraient pas dites.

C'est pour cela que je pense qu'il est dangereux de s'appeler médecin-ergonome.

En définitive, sur le métier et le positionnement professionnel, il y a des « soucis » qu'il faut mettre en débat. Je pense que ces journées sont une opportunité de le faire.

3.9. Des reconstructions à penser

D'abord sur la question qui me pose problème : est-ce qu'il y a un lien naturel entre la performance et la santé ?

Je ne sais pas. Cela semble aller de soi. Cependant, dans ma pratique, cela ne me paraît pas aller de soi. Je pense qu'il y a un débat à avoir.

Le deuxième élément constitue une réflexion profonde qu'il faut que nous ayons en ergonomie : quelle est la différence entre l'intervention ergonomique et l'action pluridisciplinaire en santé et sécurité au travail ?

Quand nous sommes dans l'action pluridisciplinaire en santé et sécurité au travail, nous ne sommes pas dans l'intervention ergonomique, c'est autre chose. Nous sommes dans des questions de collaborations transprofessionnelles sur lesquelles l'intervention ergonomique telle qu'elle est construite par l'ergonome ne fonctionne pas forcément. De ce point de vue il y a des avancées méthodologiques à réaliser.

Il est dit que le chef d'entreprise est le maître d'ouvrage. Tel que cela est structuré sur le plan réglementaire aujourd'hui, ce n'est pas le cas. L'intervention pluridisciplinaire en santé et sécurité au travail est fortement médiatisée par le médecin du travail.

4. A travers aussi

4.1. L'objet de la collaboration ?

La prévention et seulement la prévention des risques professionnels.

Mais que faire ? La relation performance et risques professionnels n'est pas naturelle.

Sur le terrain, comment faire lorsque l'on va entrer en conflit avec la performance, telle que l'entreprise se la représente ? Le médecin du travail, lui, il sait faire. Il est tenu par la loi de rester sur la défense de la question de la santé, ce qui est moins évident pour les autres. Même si nous ne voulons pas en parler, nous allons être confrontés à cette problématique au sein de l'entreprise. Sachant que le médecin du travail ne va pas adhérer, qui va la prendre en charge et comment va-t-elle être gérée socialement ? Cela veut dire qu'il y a des constructions à entreprendre avec le médecin du travail.

Comment faire, lorsque nous entrons en conflit sur les solutions du fait que nous n'avons pas les mêmes cultures. Par exemple, gestion individuelle du stress ou action sur l'organisation, équipements de protection individuelle ou modification du process ?

Il y a également des conflits sur le plan opérationnel. Comment envisageons-nous la prévention ?

4.2. La connaissance des collaborateurs ?



Ce schéma a été extrait du site Internet des IPRP. Nous pouvons remarquer que les IPRP sont au centre et qu'ils sont entourés de disciplines et non de professions. Par exemple, physiologie. Je ne sais pas comment l'inclure dans le monde du travail.

On peut être d'accord avec ce schéma et l'on peut même élargir à d'autres disciplines. Mais de façon générale qui allons nous trouver sur le terrain ?

– Le médecin du travail :

- Leur démographie est en déclin :

Il y a de moins en moins de médecins du travail. Ce n'est pas parce que l'on ne veut pas en avoir, je ne pense pas. Toutefois, on diminue l'offre pour diminuer les coûts. La profession de médecin du travail décline comme celle d'autres médecins spécialisés. Il déclinera certainement beaucoup plus vite, puisque l'on ouvre moins de postes aujourd'hui. Cette année, il était prévu d'ouvrir dix postes au niveau national. Après que cela ait choqué les médecins et qu'ils se soient manifestés, le nombre de postes ouverts a été rehaussé à cinquante. Cependant, dans quatre ans il y aura cinquante médecins du travail de plus quand il y en aura cinq cents de moins. Il me semble qu'il faut réfléchir sur ce déclin car la fonction du médecin ne sera plus la même.

- Leurs règles de métier sont complètement cadrées par la réglementation :

C'est le médecin qui vérifie si l'on est dans la norme ou non. Il ne s'appuie que sur elle. Par exemple, en ce qui concerne les cancérrogènes, le médecin va rechercher des informations dans la réglementation et ne va pas se renseigner sur les recherches en cancérologie.

- Ils ont une ambiguïté de rôle entre alerte et gestion (le piège de l'aptitude) :

Le médecin peut alerter sur les mauvaises conditions, sur les plaintes, mais il est piégé par « l'aptitude » ou la contre-indication à l'exposition aux risques, ce qui est une aberration scientifique et éthique. C'est-à-dire que l'on affirme que l'on agit sur des questions de santé en même temps que l'on gère le risque par l'aptitude ou par l'inaptitude. Pour exemple, toutes les personnes qui ont fait ou qui feront un cancer à l'amiante, ont été déclarées aptes. Si ces personnes avaient été déclarées inaptées elles auraient eu la chance de ne pas avoir de cancer. Aujourd'hui il y a des médecins « hors la loi », et c'est tant mieux. Ils sont hors la loi dans la mesure où ils ne prescrivent pas des inaptitudes à être exposé à des risques cancérrogènes.

- Vis-à-vis de la pluridisciplinarité, ils ont des stratégies différentes, changeantes, individuelles ou de groupe :

Il y a ceux qui disent : « après moi le déluge ». Pour qui la réforme n'a pas d'intérêts !

Il y a également des manœuvres de sabotage. Eux se disent : « on va perdre notre métier ». En raison de l'arrivée de compétences de personnes qui connaissent les conditions de travail. Ils se disent : « moins ils en savent, mieux on se porte, donc on va former une secrétaire à faire de l'analyse du travail ». « Ainsi nous ferons de la pluridisciplinarité, mais à moindre coût pour nous ».

En outre, il y a une fuite en avant. Ce sont les médecins qui vont se former en ergonomie. Il y en a de plus en plus.

Et heureusement, il y a aussi ceux qui se recentrent volontairement sur la clinique du travail et/ou sur la veille sanitaire et éventuellement sur la relation interprofessionnelle. Il y a quand même des médecins du travail, ne soyons pas désespérés, qui vont volontairement vers ce type de pratique. Ils se disent : « la question du tiers-temps doit se poser différemment puisque l'on ne saura jamais tenir un sonomètre mieux qu'un hygiéniste, et analyser une situation de travail mieux qu'un ergonome ».

– Le psychologue du travail

- Leur positionnement n'est pas stabilisé et ils ont des métiers différents :

Leur positionnement peut aller de la réalisation de bilans de compétences à la prévention, et, du recrutement à la santé au travail.

- Ils ont un point d'appui intéressant : les risques « psychosociaux ».

Je les ai mis entre guillemets puisque je ne sais pas ce que cela veut dire, mais c'est comme cela qu'on les appelle. C'est une aubaine en termes de visibilité de la profession. Ils disent : « nous sommes les principaux intéressés par la question des risques psychosociaux, puisque le mot contient le préfixe « psycho » et que nous sommes « psycho »logues. Cependant le psychologue du travail intervient sur un terrain en partie occupé par l'ergonome sur la question des organisations du travail. Est-ce que l'on va se le disputer, se le partager ou y travailler ensemble ? Je ne sais pas. Personnellement, j'ai eu une demande d'un psychologue du travail qui m'a dit : « mais je sais travailler aussi sur les organisations, donc je peux faire un peu d'ergonomie ». Cela concerne la question de la discipline, du métier et de la profession.

Je crois que sur la question des risques psychosociaux, il y a quelque chose à construire ensemble entre les psychologues du travail et les ergonomes. Puisqu'il est clair que personne ne détient la vérité.

– Les préventeurs :

Je m'appuie sur l'enquête GREPP de 2003 qui a été diligentée par Alain Garrigou et l'INRS.

Elle nous apprend que les préventeurs, dont les IPRP font partis, sont en majorité, des hommes entre 40 et 50 ans ayant entre trois et cinq ans d'ancienneté. La moitié était agents de maîtrise et un quart était cadres/ingénieurs dans la production et la maintenance. Un cinquième d'entre eux a eu une formation spécifique en hygiène, sécurité et santé, dont un quart seulement était diplômante.

D'après ce qu'ils disent, ils ont un manque de reconnaissance dans l'entreprise pour un tiers. La moitié d'entre eux considère qu'ils ont un manque de soutien dans l'entreprise ou dans le collectif des préventeurs. Et un quart, manque de pratique.

4.3. Le cadre formel de cette collaboration ?

Il y a une équipe, mais elle est à géométrie variable, d'une part dans sa composition et d'autre part dans son cadre d'exercice.

Est-ce que l'on a intérêt à stabiliser rapidement ce cadre formel ? Est-ce que l'on a intérêt à finaliser un cadre formel ?

Je pense que ces questions méritent discussion. Pour le moment, je crois qu'il faut faire confiance à la formalisation par l'action. Au travers de mes trois dernières années d'expérience dans le champ de la pluridisciplinarité sur la question de la prévention, il me semble que lorsque nous faisons, nous apprenons et nous partageons des choses. Je dis aujourd'hui aux médecins du travail qui ont peur de la pluridisciplinarité : « on va y aller et on verra, et si l'on ne s'entend pas, tant pis, ce sera une expérience ».

4.4. Les « objets intermédiaires » compatibles dans cette collaboration ?

Il y a un consensus presque achevé sur la notion d'une approche de la prévention par le travail réel, même si le langage reste à stabiliser. Je pense que les médecins du travail, les psychologues ont avancé sur cette question. À travers l'expérience de l'évaluation des risques, même si elle reste marginale, la question du travail réel est partagée.

Sur le dialogue social, il me semble que les acteurs ont également avancé, y compris le médecin qui avait à l'origine un positionnement réglementaire fort dans l'entreprise.

4.5. Les expériences, les temps et les retours sur l'action

Plusieurs expériences sont en cours. À la fois en termes d'interventions et en termes de formation-action. Mais nous avons très peu de retour d'expériences à ce jour.

D'autre part, il y a les journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, où je suis présent car je pense apprendre énormément.