Intervenir dans un modèle de coopération pluridisciplinaire : réflexions sur la place de l'ergonomie en service de prévention et de santé au travail

Tommy Dubois

Ergonome Européen®, SPSTI, Lille

Ce texte a été produit dans le cadre du congrès des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, organisé par l'équipe d'ergonomie des systèmes complexes de Bordeaux INP en mars 2025. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Dubois, T. (2025). "Intervenir dans un modèle de coopération pluridisciplinaire : réflexions sur la place de l'ergonomie en service de prévention et de santé au travail". Dans *L'expérience de l'intervention. C'est quoi « être ergonome » aujourd'hui ?* Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie. Bordeaux.

Je suis Tommy Dubois, ergonome dans un service de santé au travail qui s'appelle Pôle Santé travail à Lille. Je cumule aussi cette activité avec des activités d'enseignement universitaire, au master d'ergonomie de Lille, aux côtés de Xénophon Vaxevanoglou et de Sylvia Pelayo.

J'interviens aussi dans la formation initiale et continue des professionnels de santé dans le cadre de l'Institut Santé Travail du Nord de la France, certains connaissent peut-être Paul Frimat et Sophie Fantoni-Quinton.

Voilà, je viens parler de la question de l'intervention. Je travaille depuis 18 ans dans ce service et je vais à travers trois temps décrire l'évolution de notre positionnement d'ergonomes en santé au travail. J'espère que ça nourrira des réflexions après.

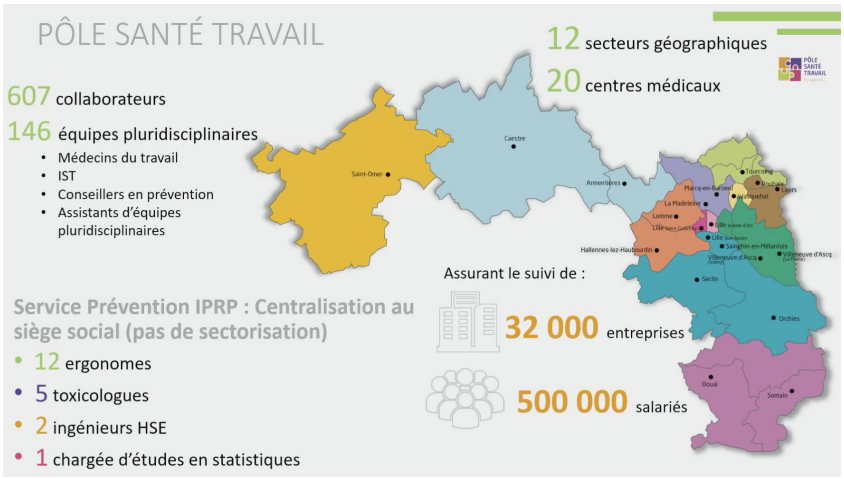
Je vais aborder ce sujet sous l'angle du travail de coopération que nous mettons en œuvre avec mes collègues ergonomes et centrer mes propos, dans un premier temps, sur la coopération interne pluridisciplinaire, en particulier avec les médecins et les différents métiers de la santé au travail, que je présenterai rapidement. Cet espace de coopération interne constitue, selon moi, un levier central pour favoriser la mobilisation externe, c'est-à-dire, vers les entreprises et auprès des salariés.

1. Présentation Pôle Santé Travail

Je vais présenter mon service et quelques repères sur les missions des services de santé au travail.

Alors, il y a un certain nombre de personnes qui évidemment connaissent ces missions, mais ce que je voudrais surtout partager ici, c'est surtout le sens que l'on y met, car cela a contribué à notre développement. Je parlerai de la question de l'intervention et des enjeux et ferai un petit tour d'histoire de l'ergonomie dans les Hauts-de-France. Chaque région a son histoire : nous en parlions avec Annie Drouin ce midi sur l'histoire parisienne du développement de l'ergonomie, donc je ferai un petit focus là-dessus, ça me paraît important. Et puis je déroulerai un peu les trois axes de coopération en les illustrant d'exemples.

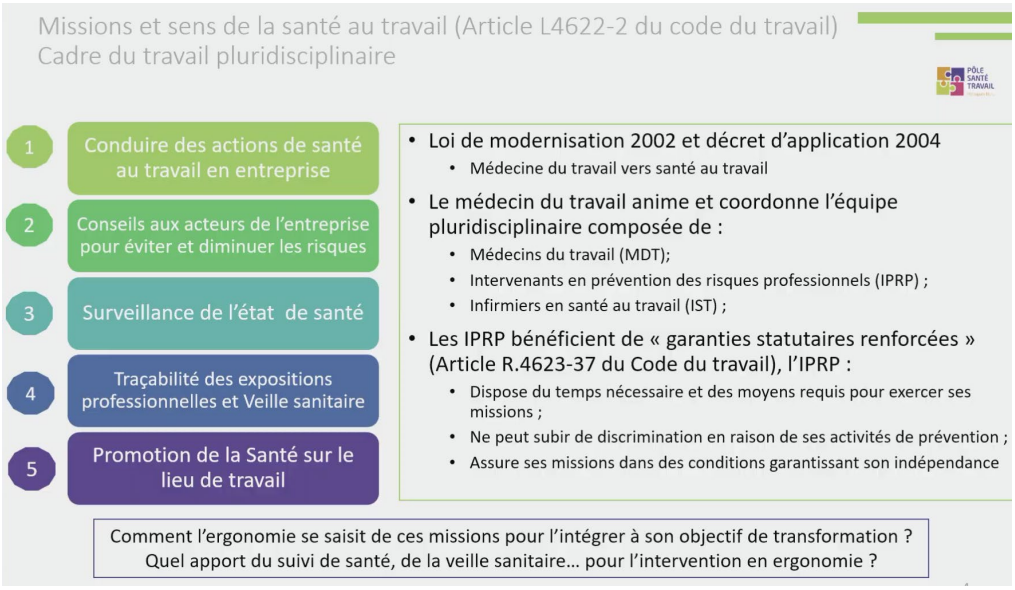
Notre service de prévention et de santé au travail réalise le suivi de 500 000 salariés répartis dans 32 000 entreprises, 12 secteurs géographiques, 20 centres de consultation de santé. Pour cela, nous sommes 607 salariés avec 146 équipes pluridisciplinaires. Le service prévention est composé de 20 IPRP dans différentes disciplines : 12 ergonomes, 5 toxicologues, 2 ingénieurs HSE et 1 chargée en statistique, 1 responsable de service et puis moi-même qui suis à la fois ergonome et coordinateur du service.



Notre fonctionnement est centralisé, nous sommes au siège social. Historiquement nous étions un GIE dès 2004 qui s'appelait le CISST (Centre interservices de santé au travail). Nous travaillions pour les cinq services de santé au travail de la métropole lilloise et à la fusion de ces cinq services et à la naissance de Pôle Santé Travail, le CISST a réintégré le siège en gardant justement (et j'y reviendrai aussi) notre modèle d'intervention antérieur d'un GIE qui nous a servi à poser un certain nombre d'éléments et de fondements dans notre démarche d'intervention.

2. Missions de la santé au travail et travail en équipe :

Il y a 5 missions en santé travail, elles sont écrites dans le code du travail, beaucoup de choses sont écrites en santé/travail, dans le code du travail, en tout cas moi je m'y réfère parce que ça donne à la fois du sens et puis un cadre dans lequel évidemment on peut s'exprimer.



Donc :

- Le 1er point : ils sont mis dans l'ordre chronologique en tout cas dans les textes donc la mission première est d'aller en entreprise car c'est par la présence sur le terrain (et

aussi via le suivi de santé) que nous identifions des sujets, des enjeux de santé au travail.

- Aller en entreprise avec, en 2ème mission, le fait de conseiller et d'accompagner les acteurs dans la transformation comme cela a été dit hier.
- Il y a évidemment la mission originelle de la santé au travail, qui est de suivre l'état de santé des populations tout au long de leur carrière : monitorer l'état de santé.
- Le 4e point : c'est la veille sanitaire. L'idée c'est que nos constats individuels nourrissent aussi des enjeux collectifs permettant également de nourrir les programmes nationaux à l'échelle du ministère du travail qui est notre organisme de tutelle.
- Puis le 5e point : promotion de la santé sur le lieu de travail ajouté en 2021. Il ne s'agit pas de faire uniquement de la santé publique mais en tout cas de la croiser avec la santé au travail, c'est-à-dire d'essayer de voir en quoi des grandes problématiques de santé publique, si je prends par exemple, les maladies cardiovasculaires, ont des prévalences plus importantes compte tenu des conditions / des expositions professionnelles.

Nous avons également un cadre de travail en équipe. J'ai d'ailleurs constaté la présence d'au moins deux médecins du travail, puisque j'ai déjeuné avec l'un d'eux ce midi. Aux côtés des médecins du travail, on retrouve aussi des infirmiers en santé au travail, et plus largement, un ensemble de métiers qui se sont progressivement ajoutés depuis une vingtaine d'années. Je rappelle que les textes législatifs encadrent le rôle des IPRP. Les IPRP bénéficient de « garanties statutaires renforcées », notamment à travers l'article R.4623-37. Celui-ci précise que nous devons disposer du temps et des moyens nécessaires pour accomplir nos missions, sans subir de discrimination liée à nos activités de prévention. Enfin, il est également stipulé que ces missions doivent pouvoir être exercées dans des conditions assurant notre indépendance.

3. Intervenir en ergonomie en santé au travail : enjeux

Donc la question est de savoir comment on va se saisir de ces missions pour les intégrer à notre objectif, à notre projet de transformation en tant qu'ergonome. Cela va amener plusieurs questions : Comment on coopère ? Comment on utilise avec les médecins, les infirmiers, le suivi de santé pour ajouter des déterminants que n'ont pas d'autres ergonomes qui ne coopèrent pas avec des professionnels de santé ?

Cela va aussi nécessiter de s'interroger sur la question de l'évolution de la prescription, pour aller vers de la coopération. Nous sommes dans un cadre de délégation, mais on essaie de construire un modèle de coopération, ce qui va soulever la question de la construction du but commun. Ce travail d'équipe, ces métiers qui s'ajoutent, qu'est-ce qu'ils construisent ensemble ? Et cette construction va permettre aussi à chaque métier de pouvoir s'exprimer dans son rôle propre si je puis dire. Et puis, comment ne pas rester enfermé ? C'était peut-être aussi ce que disait un peu Bernard Michez et je pense Pierre Falzon hier, je ne sais plus à quel moment, sur la question : l'ergonome est-il un préventeur ? En tout cas, il y a des risques aussi de s'enfermer dans un rôle de préventeur, cela pourrait être réducteur par rapport au champ et au périmètre de l'intervention en ergonomie.

4. Histoire de l'ergonomie en santé au travail dans les Hauts-de-France

Alors je vais reprendre aussi un peu d'histoire, que j'ai résumée en une diapositive sur l'ergonomie dans les Hauts-de-France, parce qu'il y a une histoire dont on s'est quand même fortement imprégné pour développer notre modèle. Je salue au passage le travail de la commission histoire, je remercie Annie Drouin, Francis Six et tous ceux qui y ont contribué, Michel Potier et autres. Je vais oublier des noms c'est normal, en tout cas c'est un travail très central puisqu'il permet de garder intact le passé et d'aider à penser le futur.

Donc, petit ancrage rapidement, l'ISTNF (Institut Santé Travail Nord de la France) s'est créé en 1942 sous l'égide des professeurs Leclercq et Marchand, qui était au début un laboratoire, puis c'est devenu par la suite un centre de recherche. Aujourd'hui, c'est un centre de formation initiale et continue mais il est le point central de tout cela.

En 1962, Simon Bouisset et Jean-Claude Cnockaert tissent des liens entre la physiologie et la médecine du travail, avec le professeur Daniel Furon. Toute cette connexion va alors permettre de développer tout un travail de recherche, sur lequel Francis Six (et il était là hier, c'est dommage qu'il ne soit pas là aujourd'hui, il en parlerait beaucoup mieux que moi), a pu fonder son propre travail de recherche. Et à travers cela, il a pu rentrer en tant que physiologiste du travail, à l'un des premiers postes d'ergonome dans les charbonnages (il y en avait aussi je pense en Alsace), pour pouvoir justement, aux côtés de Bernard Vandevyver qui était un psychologue du travail et Roger Rameau qui était un ingénieur, travailler et développer toute l'approche globale des conditions de travail.

Et puis toute cette effervescence si je puis dire, s'est regroupée à la fin des années 70 (1977) dans le GERN (Groupement d'Ergonomie de la Région Nord), sous l'égide de Daniel Levant, Francis Six, Jean-Claude Cnockaert, Émile Pertuzon, Anne Lancry-Hoestlandt et évidemment je pense que j'en oublie, ça dure à peu près une vingtaine d'années. Aujourd'hui, le GERN existe toujours mais comme un cabinet de conseil, qui est géré par Christelle Fourot, que je salue au passage.

Daniel Levant était l'un des premiers ergonomes, dès 1985, à arriver au service de santé au travail de Lille, en posant en plus ses conditions. Ces conditions étaient que les médecins demandent, qu'ils valident, qu'ils viennent. Il posait tout de suite la nécessité de coopérer et pas simplement d'être une délégation. Et puis aujourd'hui Sophie Fantoni-Quinton et Paul Frimat contribuent régulièrement à des missions ministérielles.

5. Modèles de coopération pluridisciplinaires

1er axe de coopération : la pluridisciplinarité

- **D'une prescription (délégation) vers une demande (coopération)**

J'ai développé le premier axe de coopération que j'ai appelé pluridisciplinarité. C'est peut-être le premier temps dans lequel on s'est positionné. Travailler la demande des acteurs de l'entreprise en ergonomie est une évidence ; mais en santé au travail nous avons un temps préalable qui est l'analyse de la demande du médecin du travail qui traduit sa représentation de ce que l'ergonomie peut apporter par rapport à ses préoccupations.

Le choix très tôt qui a été fait, c'était de les intégrer, non pas comme de simples demandeurs, mais comme acteurs dans la démarche, ce qui va amener des prérequis. Le premier étant qu'ils participent à l'analyse de la demande en entreprise ainsi qu'à la restitution des études que nous menons. Il aurait peut-être été plus simple de s'affranchir de ces prérequis mais ils nous ont permis de poser que nous avions besoin d'eux, parce que ce sont eux qui ont à la fois la connaissance de l'état de santé et la connaissance de l'entreprise : ce point est central pour passer de la délégation à la coopération.

Alors cette intégration, elle a permis quand même de pouvoir discuter / échanger / être d'accord ou pas toujours, en tout cas de créer des échanges, de développer la posture entre leur vision du problème, la nôtre et d'essayer de construire un objet commun pour aller le porter en entreprise.

Cela a donc aussi conduit à des positionnements, des repositionnements, au développement d'une posture commune en santé au travail que l'on triangule aussi avec l'entreprise, dans un second temps, et qui permet d'avancer.
Chaque demande du coup devient un acte pédagogique dans les modes de coopération en santé au travail (je fais référence au travail de Bernard Dugué, Johann Petit et de François Daniellou, *L'intervention ergonomique comme acte pédagogique*).

- **Une réponse co-construite et formalisée**

Alors, quand nous intervenons, nous répondons à différentes demandes, dans des contextes variés : correction, conception, dialogue social, impact des réorganisations, etc. On pondère évidemment l'accompagnement en fonction de la maturité et de l'engagement de l'entreprise : cela peut aller du simple conseil (reformulation), à un pré-diagnostic, un diagnostic, ou encore un accompagnement (co-construction).
Et puis, surtout, depuis l'origine (depuis 2004), nous avons exigé nous-mêmes de structurer l'accompagnement. C'est-à-dire rendre visible ce que l'on fait, tout simplement en l'écrivant. Cela peut sembler évident pour les consultants, car c'est la base de leur travail, mais dans les services de santé au travail, ou même pour les ergonomes internes, je ne suis pas sûr que ça le soit tout autant.

Donc cette proposition, elle a plusieurs intérêts.

- Pour nous, d'une part, il s'agit d'écrire / de rendre visible ce qu'on fait. C'est-à-dire qu'on formalise à la fois le périmètre, le cadre, la méthodologie, ainsi que le temps nécessaire pour répondre à la demande.
- Pour le médecin, cela permet une relecture, on la fait valider, ce qui au passage de cette lecture enrichit sa représentation sur l'ergonomie qui nourrira ses demandes futures. Et cette validation est aussi une forme de protocolisation de la délégation. Cela peut aussi nous permettre d'avoir « une couverture », en tant que telle par rapport à des temps moyens qui pourraient être imposés par exemple. Et par cette co-construction, on parvient à produire quelque chose qui, à la fois, rend notre action visible et garantit notre indépendance, bien entendu, sous couvert évidemment de celle du médecin, puisque nous intervenons dans le cadre de sa délégation. Le prescrit peut donc servir, et les protocoles aussi.

➢ **Exemple : positionnement sur les RPS**

Je vais prendre un exemple sur le positionnement sur les risques psychosociaux, très rapidement puisque la fin des années 2000 était propice aux réflexions sur ce sujet-là. Je ne vais pas refaire l'histoire, mais l'enjeu pour la santé au travail et l'ergonomie, c'était quand même de sortir de l'hygiénisme avec ce que Hubault précisait bien en 2015 (au congrès du CISME), c'est-à-dire passer d'un paradigme d'exposition aux risques à un paradigme d'implication dans l'activité. Ce qui va soulever aussi pour l'ergonomie tout un tas d'évolutions, je fais référence à Dominique Dessors et lui rends hommage au passage, sur la place de la subjectivité, les dimensions invisibles et invisibilisées du travail.

Ne pas fuir la *Clinique médicale du travail*, (j'ai vu que l'ouvrage était en vente, je ne peux que conseiller de l'acheter aux éditions Octarès). Il s'agit ici de *La Clinique médicale du travail* d'Alain Carré et Dominique Huez, qui marque un changement de paradigme, notamment sur la question de l'investigation dans le suivi de santé. Et puis, ne pas fuir non plus le sujet politique du fonctionnement des organisations, un point brièvement marqué dans un communiqué de la SELF en 2010 mais qui, pour moi, reste quelque chose de central et d'important.

Dans notre service, il y a eu des réflexions autour de 2009-2010, il me semble, sur ce sujet-là : comment se positionner ? Nous y avons réfléchi de manière pluridisciplinaire, avec des médecins du travail, des ergonomes et des psychologues du travail. Cela a soulevé un certain nombre de conflits entre acteurs, qui pourraient apparaître un peu caducs aujourd'hui, entre individus / organisations, sur les niveaux d'approche et de prévention. En tout cas, cela a soulevé une controverse qui a permis d'avancer comme toute controverse et de rappeler au final que la santé au travail doit agir sur les organisations par le travail dans l'objectif de préserver la santé des salariés.
En lien avec cela, l'ouvrage de Gabriel Fernandez (*Soigner le travail, Clinique du travail,* 2009) a joué un rôle important : il a permis à certains médecins du travail de mettre des mots sur ce que décrivaient d'autres médecins, et il a été, de ce point de vue, très utile.

L'analyse de la demande, qui pouvait être vue comme du temps perdu, est devenue centrale dans ces contextes d'intervention et a permis de positionner l'ergonomie comme légitime sur le sujet des risques psychosociaux.

➢ **Exemple d'intervention :**

Je vais prendre un exemple d'intervention dans une association de loi 1901. La demande attendue de l'entreprise était de sensibiliser les managers à gérer/repérer les collaborateurs en souffrance, comme on peut souvent le voir formuler. Cela soulève les questions suivantes : comment répond-on à ces attentes ? Sur quels besoins pouvons-nous travailler ?

On a alors repositionné le rôle de chacun dans le sujet. Lorsqu'il y a des sujets de santé, il y a des professionnels de santé, et donc c'est aussi le rôle de l'équipe médicale d'intervenir dans le cadre de l'accompagnement individuel. La posture de « sauveur » en entreprise, ce n'est pas la posture centrale. La posture centrale de l'employeur consiste à agir

sur les causes, sur les situations. Et pour cela justement l'équipe pluridisciplinaire peut l'aider. Il s'agit bien de dépasser la souffrance individuelle (orientée et gérée par l'équipe médicale), pour questionner les déterminants organisationnels et politiques du travail.

On peut identifier quatre temps dans cette intervention, pour essayer en quelque sorte, de comprendre ce qui se passait réellement :
Donc, on était dans un contexte sanitaire, post-sanitaire d'ailleurs et à chaud. Une continuité d'activité qui avait beaucoup épuisé, des retraits de financement aussi sur certains dispositifs, une complexité liée à la diversité des financeurs et une attente de décision : le budget de l'association était gelé, donc on se demandait comment ils faisaient pour assurer leurs missions. Il n'y avait ni remplacements, ni recrutements pour 8 postes qui étaient vacants.

L'intervention a donc permis de cibler un diagnostic, que j'ai mené avec un collègue psychologue du travail. Nous avons conduit des entretiens, réalisé des observations, et il y a eu un temps où on s'est posé la question, compte tenu des entretiens, sur les signaux d'alerte que nous percevions, des pleurs et d'autres manifestations inquiétantes de l'état de santé des personnes et nous avons estimé nécessaire d'en parler au médecin. Nous lui avons rapporté ces éléments, en le laissant bien sûr libre de son appréciation, mais en lui donnant matière à poser une alerte. Ce qu'il a fait en formalisant les éléments que nous lui avions transmis. Les alertes sont plus souvent mobilisées en amont voire en aval des interventions, c'est assez exceptionnel de poser une alerte pendant l'intervention.

Cette alerte a ensuite été reprise par le CSE et portée également par la direction, qui l'a transformée à son tour en alerte. Cela a permis d'avancer beaucoup plus rapidement en matière de restitution, dans un périmètre élargi, puisqu'on a eu la présence du DGS de la ville, de la présidente, et du CA, ce qui n'était pas prévu initialement. Et un plan d'action a été établi, le budget a été voté. Alors, je ne vais pas dire que tout s'est bien terminé, parce qu'on pourrait toujours dire qu'on a raté des choses, comme le disait Éloïse Galioot, mais en tout cas, ça a permis une avancée réelle.

Donc là, je présentais juste cet exemple pour montrer comment, dans ce cas, le médecin a été sollicité dans un cadre où, en théorie, l'intervention aurait pu avancer sans lui. Mais nous avons identifié des leviers, et c'est bien cette coopération qui, à mon sens, est centrale pour pouvoir réellement faire avancer les choses.

2ème axe de coopération : l'interdisciplinarité

- **Du réactif au proactif**

Le deuxième axe, que j'ai appelé interdisciplinarité. Donc là, je vous ai décrit le premier mode de coopération dans lequel on développe des actions dans des projets réactifs, c'est-à-dire en réponse à une demande. Ce sont souvent des approches dichotomiques : d'un côté les conditions de travail, et de l'autre la santé, à part.

L'idée de ce deuxième axe qu'on développe depuis une dizaine d'années, c'est justement de voir comment on peut aller *au-devant* des sujets. Et cela change un peu le paradigme de la demande pour la substituer : on ne répond plus « *à* » mais on va « *au-devant de* ». En s'appuyant évidemment sur des sujets, des problématiques, des données, comme nous le verrons.

- **Des contextes de déploiements possibles**

On peut développer ce genre de démarche quelles que soient les thématiques santé travail.
De notre côté, nous nous sommes intéressés à ce qui nous permettrait justement d'exprimer et de développer ce type d'activités, à travers des actions du projet de service, du projet d'établissement. Nous avons réalisé cela sur des métiers ou des secteurs d'activité spécifiques : crèches, bailleurs sociaux, EHPAD, etc.

Nous avons aussi travaillé sur la question des partenariats : en quoi les acteurs institutionnels peuvent-ils nous aider ? En quoi leurs programmes peuvent-ils nous intéresser ? Non pas pour faire *leur* travail, mais pour rebondir, développer nos activités, et cela, en phase avec notre méthodologie d'intervention.

Et puis, il y a un troisième cadre, celui des entreprises à établissements multiples que j'illustrerai par un exemple. Sur notre bassin d'emploi nous avons la possibilité de travailler avec des entreprises dont le siège social est sur notre territoire ainsi que certains de leurs établissements. Cela nous permet d'intervenir à différentes échelles. L'idée est de capitaliser sur les constats de santé issus de plusieurs équipes dans divers établissements d'un même groupe, afin de les porter à un niveau plus global à l'échelle du siège social. Ce travail peut s'envisager à différentes échelles : celle d'une équipe, de plusieurs équipes ou encore d'un secteur géographique.

Lors de la SELF à Genève en 2022, nous avons eu l'occasion avec mes 2 collègues Linda JEEAWOCK et Sylvain CAMPISTRON de réaliser une communication sur un cas illustrant un travail de coordination de 17 équipes santé travail au sein d'une enseigne de cosmétique impliquant 18 magasins, 205 salariés.

Nous nous sommes donc organisés en mode projet, en interne, avec un médecin coordinateur – celui du siège social – et moi-même en charge de la partie prévention. Je parle de prévention au sens large, car il ne s'agissait pas uniquement d'ergonomie, comme vous le verrez. L'objectif était d'abord de mobiliser les acteurs en interne, de faire émerger les enjeux, puis de porter ces éléments auprès de l'entreprise pour engager un plan de prévention.

Les deux axes que je vais vous présenter en suivant relèvent d'éléments davantage détaillés dans l'article publié à la SELF en 2022.

- **Axe sur le suivi de santé :**

Il s'agit du couplage entre les approches santé et conditions de travail. Sur une période d'environ six mois, les équipes ont mis à jour le suivi de santé périodique, en réalisant leur travail de dépistage et de repérage des signaux cliniques faibles comme forts. Une analyse de type épidémiologique et populationnelle a été construite à partir de ces données.

- **Axe sur la prévention des risques professionnels :**

Ce travail s'est également appuyé sur une centralisation des constats remontés par les conseillers de prévention à travers les fiches d'entreprises. Ces données ont été agrégées pour créer une fiche consolidée au niveau du siège, permettant d'identifier des déterminants communs.

En complément, un diagnostic ergonomique a été réalisé, à la fois global sur le fonctionnement des magasins, et local. Une étude en toxicologie sur les produits cosmétiques a également été menée par une collègue toxicologue, Eléonora FORNICIARI.

L'ensemble des résultats, bien que non détaillés ici, a été présenté et discuté en CSSCT et en instance centrale.

Cet exemple illustre un fonctionnement à plusieurs équipes santé travail en mode projet qui permet de poser cadre et méthodologie de travail, de répartir la contribution et le rôle de chaque métier dans les équipes santé travail. Ce type de démarche est mené environ une fois par an, permettant de proposer à des entreprises à établissements multiples une approche à la fois proactive, spécifique et locale suivant leurs établissements et globale et stratégique à destination du siège social en matière d'orientations et d'actions de prévention.

3ème axe de coopération : la transdisciplinarité :

Troisième axe : la transdisciplinarité.

Je n'ai pas cherché à distinguer finement les notions de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité ou de transdisciplinarité, qui sont bien connues. Peut-être suis-je un peu à côté du sujet, mais j'ai choisi de résumer cela sous le terme d'approche intégrative. Dans cette perspective, l'espace de l'équipe devient un espace élargi, plus ouvert. La délégation, la protocolisation, et surtout l'interaction entre les différents métiers prennent toute leur importance : chacun pense, débat, parfois s'oppose — bref, la vie d'équipe s'anime pleinement.

Pour favoriser ce dialogue, comme le soulignait S. Volkoff dans son article de 2010 *« Statistiques "ouvertes" et ergonomie "myope" : combiner les niveaux d'analyse en santé au travail »* (*Sciences sociales et santé*, 2010/2, vol. 28), nous avons mobilisé les ressources dont nous disposions. Grâce à la présence d'une chargée d'études statistiques du service d'épidémiologie Karine WLOCH, et au constat que nos données jusque-là n'étaient exploitées que pour des usages gestionnaires (nombre de visites, d'interventions, etc.), nous avons développé un ensemble de matrices d'analyse sur des données populationnelles, que je présenterai brièvement.

L'objectif, comme le disait Pascal Marichalar, est de construire du savoir guidant la prévention, et non de l'ignorance que peut engendrer une massification de données brutes non ordonnées. Il s'agit d'utiliser les données pour susciter la curiosité, enrichir la dynamique d'équipe et stimuler la réflexion collective. Nous avons ainsi investi cet espace à partir des données issues de notre activité en santé au travail (anonymisées bien évidemment) que chaque membre de l'équipe contribue à alimenter dans notre système d'information. Je crois que Myriam P. évoquait tout à l'heure la place des données, et j'ai trouvé sa remarque particulièrement pertinente. C'est dans cet esprit que nous avons engagé ce travail.

Voici quelques éléments pour illustrer les cinq « briques » que j'ai présentées. Chaque brique (cf. diapositive 16) regroupe une quantité considérable de données. Sans parler d'infini, les volumes sont importants : nous suivons environ 500 000 salariés répartis dans 33 000

entreprises, ce qui donne une idée de la richesse épidémiologique que ces chiffres permettent de construire.

1. Premier indicateur : une analyse populationnelle descriptive, qui met en relation les salariés et les entreprises.

2. Deuxième indicateur : une analyse des flux et des typologies de visites. On observe les différents types de suivis — périodiques, visites à la demande, de reprise/pré-reprise — pour identifier d'éventuels premiers signaux. Individuellement, chaque indicateur pris isolément a une portée limitée. En revanche, lorsqu'on les croise, on commence à faire émerger du sens et à construire une vision plus cohérente.

3. Troisième indicateur : ce qui est repéré pendant la visite médicale. On s'intéresse aux troubles, pathologies ou signaux cliniques faibles ou forts identifiés et aux liens avec le caractère professionnel.

4. Quatrième indicateur : les conclusions de la visite. Cela peut aller d'une attestation de suivi sans remarque, à des restrictions médicales, des préconisations, voire des déclarations d'inaptitude.

5. Cinquième indicateur : une analyse croisée des données issues du terrain. Par exemple, les risques identifiés dans les fiches d'entreprise ou les documents uniques (que nous numérisons lorsque les entreprises les communiquent) ne sont pas archivés passivement. Ils sont intégrés dans des matrices d'analyse croisées pour mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre.

Je vais donner un exemple. L'objectif est que ces chiffres permettent soit de faire émerger des problématiques à partir de l'analyse des populations, soit de caractériser des situations déjà identifiées. Nous utilisons donc les données dans un double sens : soit pour répondre à une question précise en allant chercher les données pertinentes, soit, à l'inverse, en partant d'une analyse classique de données de base qui permet de faire émerger une problématique, puis de définir un mode de déploiement adapté.

J'ai présenté quelques exemples concrets. Par exemple : où observe-t-on des prévalences élevées d'inaptitude ? Existe-t-il des entreprises avec un nombre important de restrictions liées à la manutention ? Identifie-t-on des structures dans lesquelles les scores liés au stress ou à l'insatisfaction au travail sont en augmentation ? Ces données nous permettent d'enrichir notre rôle de sentinelles pour mieux conseiller et accompagner les entreprises.

Autre cas : certaines entreprises emploient des salariés en surveillance individuelle renforcée, exposés à des agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR), mais sans qu'aucune donnée ne nous soit transmise malgré une obligation règlementaire. D'où l'intérêt de produire des tableaux qui nous permettent de croiser les informations que déclarent les entreprises, ce que nous constatons sur le terrain, et les informations qui nous manquent.

Ces données deviennent alors des points d'entrée pour amorcer un dialogue avec les équipes santé travail puis les entreprises. Par exemple — voir encadré vert, diapo 16 — j'ai travaillé tout récemment avec un médecin autour d'une question lui étant venue suite à une

consultation : on parle souvent de la protection des femmes enceintes face aux risques chimiques, mais qu'en est-il en amont ? Ne devrait-on pas intervenir avant la grossesse c'est-à-dire au stade de désir de grossesse à titre préventif ?

L'analyse des données permet ici de cibler des populations féminines, en fonction de tranches d'âge et d'expositions professionnelles, puis d'identifier des entreprises concernées. Ces résultats permettent ensuite de définir des actions concrètes et mieux ciblées.

6. Conclusion

Sur les trois modes de coopération présentés (cf. diapo 17), voici ce qu'ils ont permis de faire évoluer. Présent depuis 18 ans dans ce champ, je mesure que ce temps, bien que long à l'échelle d'une carrière, reste court à celle de la santé au travail, discipline qui existe depuis plus de 80 ans.

1. La pluridisciplinarité constitue, selon moi, la majeure partie de notre activité. Il s'agit de répondre aux demandes, bien sûr, mais aussi de travailler sur la posture et le positionnement à travers la base de l'intervention en ergonomie. L'idée est aussi de reconnaître pleinement les médecins comme des acteurs à part entière et de replacer la demande comme élément central du processus.

2. L'interdisciplinarité, quant à elle, a permis de questionner nos pratiques, tant chez les médecins que dans les équipes. Elle s'est appuyée sur des programmes (qu'ils soient internes ou partenariaux), non pas pour être appliqués mécaniquement, mais pour être appropriés et enrichir la portée de nos actions. L'enjeu est de créer des modèles de coopération qui articulent santé et conditions de travail, à travers une intervention qui s'ancre dans la réalité des entreprises.

3. La transdisciplinarité représente un niveau plus fin de coopération. Elle se construit dans un espace de dialogue interne, non pas uniquement social, mais axé sur la construction de sujets à la fois micro et macro. En effet, ce travail se déploie à l'échelle de l'entreprise ou d'un portefeuille de population. Lorsqu'un médecin suit 5 000 salariés répartis sur 300 entreprises, les données disponibles permettent déjà d'établir des priorités et d'ouvrir des perspectives d'action concrètes.

De plus, l'instauration de démarches projet dans des fonctionnements d'équipe fluides peut parfois être plus complexe, car tout cela reste à géométrie variable. Nous comptons 146 équipes santé travail, et nous accompagnons ces dynamiques de manière proportionnée et progressive, selon les attentes, les perceptions et les capacités d'engagement de chacun.

Enfin, cette approche a redonné du sens et de la valeur aux données santé-travail, longtemps laissées de côté. D'abord conservées dans des dossiers papier, puis plus récemment stockées sur des serveurs informatiques, ces données étaient rarement exploitées, hormis à des usages de mesures de l'effectivité de nos missions.

Le troisième axe soulève une question : cette approche intégrative comporte-t-elle un risque ? C'est peut-être ce que sous-entendaient Bernard Michez et Pierre Falzon, à savoir le danger d'éloigner l'ergonome de l'ergonomie. Edgar Morin l'évoquait également dans le

Journal du CNRS (n°255, avril 2011), en parlant de cet équilibre délicat : *"Les disciplines doivent demeurer à la fois ouvertes pour se nourrir de l'extérieur et fermées pour exprimer leurs identités."*

Je suis quelqu'un d'assez curieux et je pense que c'est peut-être une ligne directrice sur laquelle on cherche toujours à ramener les métiers vers des sujets porteurs de sens. L'objectif que l'on en a retiré a été de remonter la chaîne de la demande. Vous l'avez vu : nous répondons aux sollicitations, mais nous allons aussi vers les équipes santé travail à leur rencontre, en y apportant des thématiques, des enjeux et une méthodologie. La coopération est à la fois descendante et ascendante.

L'idée est d'ouvrir de nouveaux champs d'investigation pour l'ergonomie, mais aussi pour d'autres disciplines, comme on a pu le constater avec les exemples dans le domaine des cosmétiques, de la toxicologie.

En structurant au préalable les sujets en interne, nous renforçons notre capacité de mobilisation. C'est là tout l'enjeu de l'usage des données : construire un but commun, qui permet, même si cela prend parfois plus de temps, d'aller plus loin dans l'analyse et l'action : avancer peut-être plus lentement, mais avec plus de profondeur et d'efficacité.
Concernant l'articulation entre ergonome et IPRP, au lieu de les opposer, nous les avons questionnés et utilisés pour développer nos interventions et porter le projet de transformation de l'ergonomie.

Enfin nous portons désormais ce déploiement via une mission qui nous est confiée au titre de notre statut d'IPRP le souhaitant à l'échelle des secteurs. Nous avons 12 secteurs géographiques, chacun animé par un référent de prévention chargé d'une mission à la fois collective et proactive. L'enjeu est de développer des programmes de prévention à partir d'analyses populationnelles, à l'échelle des territoires mais aussi à un niveau plus micro, celui des équipes santé travail. C'est d'ailleurs l'un des virages de la dernière réforme : notre structure s'appelle désormais Service de Prévention et de santé au travail. Ce « P », nous l'avons investi concrètement, en y adossant une mission, un positionnement, et une implication forte dans le management de secteur et dans la participation aux dynamiques d'équipe. Notre direction nous a suivis, ce qui est central pour porter les transformations que nous souhaitions porter à la santé au travail.

Des risques, il y en a en santé au travail, et pas uniquement liés aux expositions professionnelles. Il existe également des risques politiques, liés à l'exigence de certification, qui introduit un début de référentiel, prescrit une volumétrie d'actions, impose un contrôle des procédures, de la qualité, de la traçabilité. Certes, certaines exigences sont légitimes et compréhensibles car il est normal de démontrer l'effectivité de nos services. Cependant, ces exigences peuvent cacher un mode de fonctionnement qui interroge et peut soulever la crainte de voir émerger une normalisation, voire une tarification à l'acte, à l'activité ou à l'action. Nous restons donc vigilants sur ces éléments qui portent sur des enjeux politiques, que défendent notamment Sophie Fantoni-Quinton et Paul Frimat. Mais de notre côté, nous faisons notre part : nous alimentons la réflexion et nous montrons que nous avançons, concrètement pour être efficaces auprès des entreprises comme en interne.

Nous faisons également face à des situations de carence ou de tensions sur certains métiers, notamment en matière de démographie médicale. Ce que nous essayons de développer peut être mis en péril par l'écart croissant entre les objectifs et les moyens. Cela

peut conduire les professionnels à se recentrer sur des prises en charge individuelles, tertiaires ou juridiques, au détriment d'actions collectives, primaires et proactives.

À cela s'ajoutent des divergences institutionnelles sur la manière de faire de la prévention : standardisation des actions, des durées, des approches, avec parfois une logique commerciale ou clientéliste. On voit également émerger une dématérialisation de la prévention : webinaires à la chaîne, conseils par téléphone, outils numériques « prêts-à-penser » et « prêts-à-prévenir ». On voit aussi des formes de subordination, que P. Marichalar (2011) évoquait déjà pour les médecins, mais qui aujourd'hui concernent l'ensemble des professionnels : subordination hiérarchique, fonctionnelle ou politique. Encore une fois, nous travaillons ces sujets pour les rendre cohérents avec le sens de nos missions : c'est le sens que je donne à la proactivité : construire pour ne pas subir.

Je terminerai sur quelques leviers à mobiliser pour renforcer la coopération et sortir de l'invisibilité. Il s'agit d'abord de structurer, de protocoliser, et surtout de s'emparer des programmes partenariaux : ne pas les subir, mais en devenir pleinement acteurs. Il est également essentiel de développer une culture des données en santé au travail car sur le plan épidémiologique, nous avons énormément à apporter. Cela passe par une logique de fonctionnement en mode projet, mais aussi par une culture du compromis et du travail en équipe, dans un cadre souvent à géométrie variable : en tant qu'ergonomes nous pouvons contribuer à construire ces compromis internes.

Il faut aussi prendre conscience que l'intervention, comme le précisaient Vézina et Stock (2005) dans leur ouvrage "Collaboration interdisciplinaire dans le cas d'une intervention ergonomique" à propos de l'épidémiologie, cela ne signifie pas la même chose pour tout le monde. Nous avons interrogé cette notion dans les différents métiers, et il est apparu que le moment où l'intervention commence ou se termine n'est pas toujours partagé suivant les métiers. Cela rend d'autant plus cruciale la question de l'articulation et de la coopération interprofessionnelle.

Enfin, la certification nous a permis d'écrire, de formaliser, et de protéger notre indépendance technique pour être acteurs et ne pas subir les évolutions.

Je vous remercie pour votre attention.

PARTIE 3 : Échanges avec l'auditoire

Auditeur 1 :

Dans le prolongement de ce que tu viens de dire en filigrane dans toute la présentation, il y a la présence des médecins du travail. Mon intervention se veut un acte pédagogique car je m'adresse aux étudiants qui sont dans la salle. Je vous conseille vivement d'aller lire les entretiens d'Alain Carré et Dominique Huez (ces derniers étant déjà cités dans tes diapositives). Ce sont des médecins du travail, que j'ai eu l'honneur de connaître et qui sont de très belles personnes et de très bons professionnels. Ce sont des personnes qui ont été séduites par les travaux de Christophe Dejours sur la question de la souffrance au travail et qui, même en pratiquant dans leurs cabinets médicaux en tant que médecins du travail, ont répondu présent dans la pluri / l'inter et la transdisciplinarité.

Auditeur 2 :

Le métier d'ergonome en SPSTI a longtemps été, pour moi, une source de préoccupation, et il reste encore aujourd'hui des questions qui m'animent en tant que manager d'une équipe d'ergonomes IPRP. Ces questions tournent autour de la réforme du 2 août 2021. Ce n'est pas évoqué directement comme ça, mais cette réforme, au travers de la certification, aborde également les notions d'offres socles et d'offres complémentaires. Certains services de santé au travail de France ont abordé cette question en mettant effectivement en place ces différents types d'offres. Cependant, si on suit cette logique, tous les adhérents, donc 32 000 entreprises pour Pôle Santé Travail, sont censés avoir une équité de traitement dans les prestations qui leur sont proposées. Ainsi, je me questionne sur cette notion d'équité, est-ce qu'on peut imaginer une équité de service ergonomique rendu aux adhérents ? Parce que si on suit cette logique, cela amène à diviser environ 12 ergonomes sur 32 000 entreprises ce qui attribue seulement quelques heures ou minutes à l'intervention. Cela dénature le sens de l'intervention et évidemment amène des réflexions nécessaires pour garder du sens dans l'intervention tout en gardant cette logique d'émancipation, par opposition à une logique de conformation.

Donc ça c'est le 1er point :

- Savoir où l'on va.
- Est-ce que tu as déjà mené des réflexions par rapport à ça ?

Je pose ces questions car je sais qu'il y a certains SPSTI qui disent par exemple, au bout de 3 jours, au bout de 5 jours, au bout de 8 jours. Ce qui amène à penser dans une logique d'offre complémentaire et donc davantage commerciale et je pense que c'est le risque que tu veux évoquer dans tes propos.

Le 2e point concerne cette logique d'indicateurs. Je me questionne sur l'impact du "progiciel", c'est-à-dire le logiciel métier. Je pense que mon avis sur cette question est positif, parce qu'avant ces indicateurs, les dossiers médicaux étaient sous format papier et il était difficile de les exploiter. Cela m'amène à penser que c'est une vraie nouveauté et j'aimerais bien avoir ton avis là-dessus.

Puis enfin, le dernier point, c'est sur la notion d'Ergonome versus IPRP. Il y a quand même quelque chose qui m'a toujours intrigué (en lien aussi avec la présentation Ergonome Européen hier). Il s'agit de la notion de la transformation, comment tenir des enjeux de santé et de performance alors qu'un IPRP a pour but exclusif de prévenir ? Et cela me semble compliqué d'aborder ces questions de performance quand on est ergonome en SPSTI.

Tommy Dubois :

Merci Fabien, alors je vais répondre à la 1ère : Nous pouvons dire que les données le démontrent, et c'est un état de fait, les salariés ne sont pas tous égaux en matière de santé au travail, comme en matière d'expositions. Donc le découpage d'une action tous les 4 ans n'a pas de sens et encore moins d'efficacité au regard de nos missions et dans le monde du travail, c'est comme le dépistage en santé publique, il doit être ciblé pour être efficace. Donc dans les futures réformes, peut-être que ce sera une action tous les 6 ans parce qu'on aura constaté qu'il n'y aura pas assez de ressources humaines pour parvenir à gérer la demande règlementaire.

Donc une fois qu'on s'affranchit de ça ? C'est un sujet sur lequel nous travaillons avec notre direction en disant « vous avez des données de gestion », elles sont vitales d'un point de vue politique mais nous avons des données d'activités, d'expositions qui sont indispensables aux équipes santé travail pour prioriser, cibler et piloter leurs actions.

Diviser 32000 entreprises par 12 ergonomes, on peut faire le calcul ça fait 2,4 entreprises par jour par ergonome, si on est sympa on arrondit à 2 et allez 4h d'ergonomie par entreprise (déplacements, observations et temps de rédaction compris) … Eh bien à un moment il faut passer par l'absurde pour remettre le vrai sujet en débat : cibler pour agir précisément. C'est ça l'efficacité préventive qui certes peut être dissonante avec l'efficacité règlementaire.
Nous avons su démontrer par notre bilan d'activité que nos interventions étaient progressives (du conseil au diagnostic et vers l'accompagnement) et non systématiques, et que nous réalisions un usage raisonné, optimisé de nos temps d'intervention. Mettre en place un temps standard présente aussi le risque de dérives dans les interventions.

Tu poses la question santé performance et du but exclusif de prévention des IPRP. En travaillant dans un cadre non soumis à des contraintes commerciales avec les entreprises et en étant mandatés par le ministère du travail, nous nous posons tout de même des questions sur la possibilité d'intervenir ou non, c'est la base de notre indépendance. Cependant, notre position à la fois neutre et sans contraintes financières, structurelles et autres, ne nous y expose que très peu contrairement à d'autres modes d'exercice de l'ergonomie. Au passage nous ne refusons jamais une intervention mais nous reformulons, dans nos écrits, l'angle et la méthodologie suivant lesquels nous pourrions traiter le sujet. Ce n'est donc pas nous qui refusons mais l'entreprise qui refuse souvent sans donner suite à nos propositions, d'où l'importance de nos écrits qui actent notre positionnement commun avec l'équipe santé travail.

Concernant le logiciel et le traitement des données : Le logiciel est une chose, mais son usage reste le plus important. Le logiciel va nous permettre de sortir des données utiles dans la mesure de ce que l'on y saisit et de notre capacité à construire des modèles d'analyses épidémiologiques. On peut continuer à nourrir l'ignorance même dans un logiciel très performant.
Donc l'important c'est de faire du tri dans les données que l'on saisit et que l'on requête en santé au travail et donc pour cela il faut savoir ce dont on a besoin et ce que l'on cherche à démontrer pour porter le sujet de la santé et des conditions de travail. C'est un vaste sujet que nous avons engagé et que nous améliorons en continu avec les équipes santé travail.

<u>Auditeur 3 :</u>

Nous rencontrons 2 difficultés que je voulais partager avec vous, afin de savoir si vous les rencontriez aussi. Il s'agit de difficultés qui concernent le travail d'interdisciplinarité.
La première concerne le médecin que vous décrivez comme un acteur plutôt qu'un demandeur, mais aujourd'hui le médecin n'est que très peu acteur et il n'est quasiment plus demandeur.

La 1ère raison (plutôt positive), c'est que les entreprises ont suffisamment identifié les SPSTI pour venir à nous directement sans forcément passer par le médecin. Mais la raison principale (moins positive), c'est qu'aujourd'hui on souffre de pénurie médicale, on n'a quasiment plus de médecins du travail, ils sont vite surchargés et la majorité de leur temps est dédiée aux visites de salariés ou à des visites plus critiques. Donc en fait, il y a parfois des entreprises qu'ils n'ont jamais visitées, par conséquent ils ne connaissent pas l'organisation

du travail et ils ont très peu de temps pour analyser les indicateurs. Nous pouvons dire que nous avons le sentiment de nous retrouver vraiment seuls. L'avantage de travailler en service de santé est donc perdu au vu de l'absence de certains médecins dans les interventions.

La seconde difficulté que l'on rencontre concerne nos confrères de cabinets. Malheureusement, il y a très peu de remontées des travaux qu'ils mènent chez nos adhérents.

Donc dans ce fameux logiciel, les interventions qui ont pu avoir lieu ne sont pas toujours portées à la connaissance du médecin, ce qui amène parfois à faire des interventions doublons comme ça arrive parfois après ou pendant l'intervention.

Auditeur 4 :

« J'aimerais revenir sur le fait qu'il y a une diversité de pratiques chez les médecins et qu'on se retrouve parfois en difficulté pour discuter avec eux ou encore les faire venir à certains moments sur le terrain. Je trouvais intéressant l'idée de travailler avec le médecin sur l'analyse de la demande. Pour revenir au sujet de notre expérience, il s'agit quand même d'un moment cristallisant qui permet de reposer un certain nombre de concepts sur la méthodologie de l'intervention mais aussi sur le modèle de l'homme.
Et donc si tu peux répondre à la 1ère question : notamment par cette question de les faire participer à l'analyse de la demande ? »

Tommy Dubois :

« On ne peut pas contraindre les médecins du travail, mais on peut toujours leur rappeler qu'on a besoin d'eux, de leur connaissance de l'entreprise et de ses salariés. C'est aussi en rendant visible ce que l'on a discuté avec les entreprises (via des propositions d'interventions que les médecins relisent et valident) que l'on peut les amener progressivement à trouver leur place dans nos interventions. Il faut avancer progressivement pour passer de la prescription à la coopération.

Ensuite, j'ai bien conscience que la démographie médicale dans certains territoires est en forte tension mais nous avons des ressources à travers les autres métiers de l'équipe que nous pouvons aussi aller chercher avec l'accord du médecin du travail. Les connaissances santé travail sur les entreprises et leurs salariés sont aujourd'hui distribuées au sein des métiers de l'équipe.

Notre rôle est de mettre du sens, de la cohérence, des enjeux derrière chaque intervention et d'identifier les métiers de l'équipe qui peuvent être une ressource. En tout cas, dans notre pratique on a cette ligne directrice portée sur les contextes, les enjeux, le sens et c'est à travers ça que l'on va chercher à impliquer le médecin du travail et/ou des membres de son équipe.

Auditeur 5 :

Je partage un retour de pratique. Nous sommes plusieurs ergonomes au sein de l'APST et aujourd'hui on doit faire pas mal de fiches d'entreprise et on ressent une perte de sens par rapport à ces fiches d'entreprise que nous devons réaliser en tant qu'ergonomes. De ce que j'ai compris, vous les utilisez plutôt en aide au diagnostic, donc il s'agit plus d'un pré-diagnostic pour enrichir certaines demandes qui peuvent émaner soit de certaines entreprises, soit du médecin du travail directement.

Donc comment est-ce que vous arrivez à trouver du sens à faire ces fiches d'entreprises, parce qu'elles peuvent arriver très en amont d'une intervention ?

Tommy Dubois :

« Nous ne faisons pas de fiches d'entreprise, c'est une des missions des conseillers en prévention dans notre organisation. Payer des ergonomes pour faire des fiches d'entreprise est à la fois très coûteux pour les directions et aussi un facteur dévalorisant le rôle de l'ergonomie en santé au travail. C'est donc un mauvais calcul.

Ça c'est le premier point mais pour autant il ne faut pas se limiter à cela sinon on risque de déplacer le sentiment de dévalorisation sur les autres métiers de l'équipe. Il est important dans le travail en équipe et en matière de coopération de questionner le sens des fiches d'entreprise comme point de départ d'un projet de prévention. Chaque métier de l'équipe doit trouver sa place et son utilité dans le projet que porte la santé au travail. J'en reviens au dilemme de prévenir ou produire ! La pression productive ne doit pas nous éloigner de nos missions de conseil et d'accompagnement. Si les fiches d'entreprises sont uniquement règlementaires et calculées pour satisfaire un taux de couverture d'entreprises, elles servent juste la gestion mais pas la prévention. À nous encore une fois de donner du sens à nos actions et une continuité à nos constats, le tout dans un modèle qui est soucieux de son efficacité et du développement des métiers.