OpenEdition Journals

Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé

15-2 | 2013
TMS et facteurs psychosociaux
Recherche

# Les conditions pour mobiliser les acteurs de la prévention des TMS : construire du collectif de travail entre pairs pour développer le métier et favoriser le travail collectif pluri-professionnel

## Le cas de médecins du travail

*The conditions for mobilizing practitioners in MSD prevention: building work teams to enhance the profession and to improve collective inter-occupational exchanges. The case of occupational health physicians*

*Condiciones para la movilización de los actores de la prevención: construir el colectivo de trabajo para desarrollar la profesión y favorecer el trabajo colectivo inter-profesiones. El caso de los médicos del trabajo.*

Sandrine Caroly
https://doi.org/10.4000/pistes.3400

### *Résumés*

Français English Español
La recherche sur l'intervention en ergonomie de l'activité dans le domaine de la prévention des TMS pourrait gagner en efficacité en produisant des connaissances sur l'activité réelle des acteurs de la prévention. Les médecins du travail, acteurs clés des réformes en cours en santé et sécurité au travail

en France, ont peu fait l'objet de recherche dans la littérature francophone et internationale. L'objectif de cet article est de montrer que la construction d'un point de vue collectif des médecins du travail sur leur activité contribue au développement de l'activité individuelle de chacun et à la construction de règles de métier nécessaires pour le travail collectif pluri-professionnel. Pour cela, il est nécessaire d'innover dans nos méthodologies d'intervention en donnant des conditions de mobilisation collective des acteurs.

Activity-centred ergonomics research into MSD prevention can increase its effectiveness by producing knowledge about the real work activity of practitioners. Occupational health physicians are important participants in OHS reform in France. Few studies of their work have been conducted in the Francophone and international literature. The aim of this paper is to show that assisting occupational health physicians in constructing a collective viewpoint of their work activity can help to develop the individual work activities of all involved and to construct occupational rules that are needed for collective inter-occupational exchanges. Intervention methodology can create the conditions needed for a collective mobilization of the participants.

La investigación sobre la intervención en ergonomía de la actividad en el campo de la prevención de TME ganar en eficacia a partir de la generación de conocimientos sobre la actividad real de los actores en prevención. Los médicos del trabajo, actores claves de las reformas en curso en Francia en materia de salud y seguridad, han sido poco estudiados en la literatura francófona e internacional. El objetivo de este trabajo es mostrar que la construcción de un punto de vista colectivo de los médicos del trabajo acerca de su actividad contribuye al desarrollo de la actividad de cada individuo y a la construcción de reglas del oficio necesarias para el trabajo colectivo pluri-profesional. Para ello es necesario innovar en nuestras metodologías de intervención proveyendo las condiciones para la movilización colectiva de los actores.

---

## *Entrées d'index*

**Mots-clés:** collectif de travail, médecin du travail, règles de métier, prévention des TMS, mobilisation
**Keywords:** collective work, occupational health physician, occupational rules, MSD prevention, mobilization
**Palabras claves:** colectivo de trabajo, médico del trabajo, reglas del oficio, prevención de TME, movilización

---

## *Texte intégral*

Au collectif de chercheurs de la recherche sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS : Céline Cholez, Aurélie Landry, Philippe Davezies, Nadine Poussin, Marie Bellemare, Fabien Coutarel, Alain Garrigou, Karine Chassaing, Johann Petit, Geneviève Baril-Gingras, Daniel Prudhomme, Perrine Parrel.

# Introduction

1 Les recherches sur la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) ont besoin d'évoluer vers une meilleure compréhension des pratiques des acteurs de la prévention pour améliorer l'intervention dans ce domaine. Nombreux sont les acteurs intervenants préoccupés par les questions de prévention des TMS : médecins du travail, ergonomes, intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), ingénieurs sécurité, directions des ressources humaines (DRH), infirmières du travail, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, rhumatologues, psychologues du travail, etc. Autour de ces professionnels gravitent d'autres acteurs qui jouent un rôle important dans les dynamiques de prévention : les salariés, les responsables d'entreprise, les chefs d'ateliers, les partenaires institutionnels, etc.

2 Face à cette diversité des acteurs ayant des statuts différents, des compétences variées et des conditions d'exercice diverses se pose la question de comment chaque acteur

développe son activité et en quoi ce développement pourrait favoriser des formes de travail collectif pour la prévention des TMS.

3 La mobilisation des acteurs de la prévention a pour enjeu la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les actions de prévention. La loi sur la pluridisciplinarité en santé au travail prescrit aux acteurs de la prévention de travailler ensemble. Or, le travail collectif n'est pas toujours facile, il n'est pas donné d'emblée et se construit avec le temps dans des expériences d'interaction avec d'autres professionnels. Non seulement chaque acteur est parfois confronté à des difficultés pour mettre en œuvre son action dans certains contextes (l'entreprise ne s'implique pas dans la prévention, la législation ne permet pas d'agir, les salariés ne coopèrent pas, etc.) (Baril-Gingras et Bellemare, 2006), mais il est aussi nécessaire de réunir des conditions pour que les acteurs puissent se mobiliser dans une activité collective de prévention.

4 L'objectif de cet article sera de montrer, à partir d'une recherche-action sur les pratiques des médecins du travail dans la prévention des TMS (Caroly et coll., 2011), les manières dont les professionnels de la santé au travail peuvent se mobiliser dans leur activité. Plus précisément, il s'agit de mettre en évidence comment la construction d'un point de vue collectif est une ressource pour l'activité individuelle et le développement du métier, préalable qui pourrait faciliter le travail collectif pluri-professionnel.

5 Ainsi, la construction de dispositifs méthodologiques dans l'intervention ergonomique favorisant la création de zones d'action, le développement de l'activité de chacun des acteurs (au sens d'acteur collectif) pourrait favoriser le travail collectif entre les acteurs de la prévention.

# 1. La nécessité de construire des connaissances sur les pratiques de chaque acteur de la prévention des risques professionnels

6 Les études sur la prévention des TMS ont jusqu'à maintenant principalement porté sur l'étiologie des TMS afin de pouvoir mieux agir. Ces recherches ont permis de produire des connaissances sur les facteurs biomécaniques et psychosociaux à l'origine de ces troubles musculo-squelettiques (Roquelaure et coll., 2006) et d'orienter les actions de prévention vers une approche globale de la santé au travail. Les recherches dans le domaine de l'intervention doivent se poursuivre pour déterminer les conditions d'une efficacité de ces actions (Coutarel et coll., 2009) afin de prévenir durablement les TMS (Daniellou et coll., 2008) et maintenir la santé dans les milieux de travail (Durand et coll., 2008). La question de l'évaluation de l'efficacité des actions conduites par les acteurs de la prévention est de plus en plus posée.

7 Les acteurs intervenant dans le domaine de la prévention des risques de TMS sont nombreux et ont des fonctions différentes dans la prévention. L'ergonome peut agir sur l'aménagement de postes pour le maintien du salarié atteint par des TMS et la conception de situations de travail ou d'organisation du travail pour éviter ce type d'atteinte à la santé et améliorer l'efficacité de l'entreprise. L'ergothérapeute travaillera plus sur le choix du matériel, de l'équipement ou de l'agencement de l'espace de travail pour réduire les sollicitations physiques au poste de travail. Le kinésithérapeute peut faire des formations gestes et postures adaptées au poste de travail en prévention secondaire pour faciliter la reprise de poste ou élabore des actions en prévention primaire (exercices d'échauffement avant la prise de poste) pour éviter l'accident du travail. Le psychologue du travail investiguera la dimension psychique des troubles musculo-squelettiques en participant à l'évaluation des capacités mentales du salarié lors de la reprise de poste ou en intervenant

auprès des équipes de travail pour éviter le sentiment d'usure ou de souffrance au travail. L'ingénieur en prévention des risques agit en prévention primaire par la mise en œuvre de systèmes de management de la sécurité (document unique recueillant les expositions au risque et leur gravité, plan d'actions, analyse des accidents du travail, etc.).

8 Le rôle du médecin du travail se situe du côté d'une double tâche : consultation médicale périodique du salarié pour assurer le suivi des problématiques travail-santé aboutissant à l'émission d'un avis d'aptitude et un tiers du temps en prévention primaire (visite en entreprise, aménagement de poste, campagne de sensibilisation, etc.).

9 Bien que la discipline de chacun ne soit pas fondée sur les mêmes corpus de connaissances, la définition des tâches des professionnels sur le territoire de la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) comporte une certaine proximité, pouvant générer du flou sur la mission de chacun et des conflits de répartition des domaines de compétences. La question posée est donc : comment arrivent-ils à se coordonner pour des actions efficaces de prévention des TMS?

# 2. Les enjeux des réformes en santé et sécurité au travail

10 Le contexte de la santé au travail en France est marqué depuis deux décennies par de profondes mutations du système de santé au travail. Les lois se succèdent (réformes sur la pluridisciplinarité sur la création des services de santé au travail, sur la médecine du travail, etc.) et les dispositifs de prévention (deux plans santé travail, la création de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [ANSES], de l'Institut de veille sanitaire [InVS]) évoluent vers une demande plus forte d'action efficace de la part des professionnels et de coopération entre eux pour faire face au fléau des troubles de santé au travail (augmentation des TMS, des risques psychosociaux [RPS], etc.).

11 Les enjeux des réformes du système de santé et sécurité au travail (SST) sont à situer historiquement : en 2003 la réforme sur la pluridisciplinarité vise à développer plus d'interdisciplinarité comme voie pour une prévention efficace des risques professionnels. Elle donne naissance à la création d'une fonction d'IPRP. Cette fonction peut être assumée par un ergonome, un psychologue du travail, un technicien en hygiène, sécurité et conditions de travail, un ingénieur en chimie, etc. Cette fonction relève davantage d'une spécialisation technique que le médecin du travail ne possède pas ou n'a pas les moyens de mettre en œuvre dans son activité.

12 Le décret de 2004 vise à transformer les anciens services de médecine du travail — appelés souvent services médicaux ou de prévention — en service pluridisciplinaire — appelé service de santé au travail — de façon à intégrer l'ensemble des professionnels qui travaillent pour ce type de structure : principalement les médecins du travail, les infirmières du travail et les IPRP.

13 La réforme législative de 2011, mise en application depuis le 1er juillet 2012, intègre principalement deux nouveaux éléments dans l'activité des services de santé au travail interentreprises :

1. Renforcer l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention : les missions de prévention confiées aux médecins relèvent maintenant des missions du service de santé au travail, assurées par une équipe pluridisciplinaire. Un projet de service pluriannuel fixant les priorités d'actions du service est élaboré au sein d'une commission médico-technique du service de santé au travail. Ce projet fait l'objet d'une contractualisation d'objectifs et de moyens avec la CARSAT et la DIRRECTE.
2. Enrichir l'équipe pluridisciplinaire. Face à la pénurie de médecins du travail en raison d'une démographie vieillissante de cette population, la loi conduit à la

création d'un nouveau métier : les assistantes de santé au travail. Les infirmières du travail devront suivre une formation en santé au travail. La loi prévoit de compléter les équipes pluridisciplinaires en santé au travail par ces nouveaux métiers, mais ne donne pas d'indications précises sur les tâches de chacun dans le domaine de la prévention. Elle place la prescription plutôt du côté du médecin référent pour les modes d'action des autres professionnels. Cela n'envisage pas de prendre en compte les tensions et les conflits potentiels qu'implique nécessairement la collaboration entre des professionnels de formations et de métiers différents (Davezies, 2010).

14 Cette orientation du système SST sur les tâches des acteurs de la prévention semble difficile à bâtir du fait qu'elle ne se situe pas sur le même plan d'égalité pour tous les professionnels. D'une part, les autres professionnels de la prévention dépendent des tâches confiées et déléguées par le médecin du travail. D'autre part, la construction identitaire de chaque professionnel ne se situe pas aux mêmes niveaux selon les voies de formation et de reconnaissance du métier. La médecine du travail est née à la fin du 19e siècle, les autres métiers sont plus récents. Les métiers de psychologue du travail, d'ergonome, d'ingénieur HSE sont reconnus dans les années 1970 par un diplôme et des associations professionnelles de reconnaissance d'un titre. Ce qui n'est pas le cas pour l'instant pour les infirmières du travail et les assistantes de santé au travail.

15 Le genre professionnel n'est pas homogène d'une profession à l'autre et rend les fonctions — assumées par les uns et les autres dans une situation de relation de dépendance au médecin du travail — très hétérogènes par manque de règles de métier et de façon ou de manière collective d'être en relation avec les autres. Les conflits des professionnels avec le médecin du travail ou entre eux ne prennent donc pas la même forme selon la constitution ou non d'un genre professionnel.

16 La réforme oriente la tâche du médecin du travail davantage vers des actions en milieu de travail, une surveillance des populations soumises à de fortes expositions dans le travail, une prévention de la pénibilité physique et mentale en fonction de l'âge des salariés. Cependant, cette réforme ne reconnaît pas l'activité réelle du médecin du travail en consultation, lieu privilégié d'exercice de son métier, ni les difficultés qu'il peut rencontrer à faire de la prévention selon le contexte de l'entreprise et l'implication des acteurs.

17 Les IPRP agissent en milieu de travail sous délégation du médecin du travail, ce qui conduit à une très grande diversité des modes d'action selon la posture professionnelle du médecin. Par exemple, un médecin du travail dans une posture du côté de l'hygiène industrielle cantonnera l'ergonome IPRP à de la métrologie alors qu'il a des compétences en analyse du travail et en intervention pour la transformation des situations de travail. Un autre médecin du travail dans une posture professionnelle plus du côté de la clinique médicale peut confier à un psychologue du travail des entretiens individuels visant l'expression de la souffrance du salarié au travail, alors qu'il pourrait développer grâce à ses compétences professionnelles du travail collectif entre pairs visant la construction de genre professionnel comme moyen de prévenir les TMS. Les infirmières du travail, dépendantes elles aussi des tâches déléguées par le médecin du travail, peuvent participer aux campagnes de dépistage, vaccinations, sensibilisation sur les risques professionnels, alors qu'elles pourraient apporter une autre facette d'expression du salarié sur sa perception de sa santé et de ses conditions de travail en conduisant des entretiens de suivi du salarié entre deux consultations du médecin, qui ne sont pas du même ordre qu'une consultation médicale de médecin du travail. De même, les conseillers en prévention peuvent faire des mesures des conditions de travail et donner des préconisations sur la sécurité en proposant des protections individuelles et collectives, alors qu'ils aimeraient développer d'autres dispositifs de prévention : par exemple l'échange de pratiques de prévention par branche professionnelle, etc.

18 Le risque est d'appauvrir l'activité de chacun et de rendre difficile une réelle collaboration pluri-professionnelle. La qualité de la prévention pourrait s'améliorer si les

zones d'action de chacun dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire étaient mieux définies.

# 3. Un travail collectif peu développé et l'absence de collectif chez les médecins du travail

19 Le constat est plutôt celui d'un malaise des professionnels quant à l'évolution de leur métier et une difficulté de coopération entre eux dans les entreprises et les services de santé au travail. La production de connaissances sur les pratiques des différents acteurs est récente dans le domaine de la prévention des TMS et devient un enjeu pour construire du travail collectif. Dans cet article, nous nous appuierons sur une recherche récente sur l'activité des médecins du travail dans la prévention des TMS (Caroly et coll., 2011), car peu d'études abordent l'activité réelle de ces professionnels, qui sont pourtant des acteurs clés des services de santé au travail pour l'action des autres professionnels.

20 Notre recherche permet de repérer les empêchements à l'action des médecins du travail (les effets du contexte, le poids de la législation, la sensibilité de l'entreprise à la santé au travail, etc.), mais aussi des ressources au développement de leurs zones d'action (la coordination entre partenaires extérieurs, la coopération des salariés, la conduite de projet fondée sur la connaissance du travail et la participation, des marges de manœuvres organisationnelles, etc.).

21 La pluridisciplinarité au sens d'un travail collectif avec des IPRP est assez rare chez les médecins que nous avons suivis au cours de notre recherche. Elle apparaît plutôt sous d'autres formes d'activité de coopération pour le médecin du travail :

- lors de réunions de dispositifs de prévention réunissant des institutions différentes engagées dans des démarches de prévention (structures constituées pour le maintien dans l'emploi);
- lors de CHSCT où le médecin travaille avec plusieurs fonctions de l'entreprise. Il peut proposer aussi l'intervention de consultants en ergonomie ou en psychologie pour accompagner l'entreprise;
- lors des consultations, le médecin entretient des relations avec l'infirmière et la secrétaire. Il oriente également les salariés vers d'autres disciplines (médecin généraliste, médecin spécialisé, conseillers divers).

22 Notre étude permet de saisir que les médecins associent le recours à un spécialiste d'un autre domaine à une forme d'appui qui permet d'élargir la gamme des réponses possibles face aux demandes des entreprises et des salariés. Cela ne semble pas relever d'une forme de complémentarité des compétences, mais plus d'une situation de délégation. En effet, dans la pratique, les médecins font des demandes très techniques aux IPRP (étude de poste à l'ergonome ou mesures du son, des vibrations, des risques chimiques à l'ingénieur en prévention des risques) pour certains. D'autres médecins construisent de la pluridisciplinarité dans le cadre de dispositifs organisationnels qui collectivisent la responsabilité comme dans le cas des interventions en maintien dans l'emploi avec l'Association de gestion de l'emploi et des fonds pour l'insertion professionnelles des personnes handicapées (AGEFIPH).

23 Le travail du médecin est plutôt solitaire. Il a rarement des occasions d'échanger avec des pairs. Les services de santé essaient de mettre en place plus ou moins une dynamique collective en instituant des groupes de travail sur des thèmes tels que les RPS, la pluridisciplinarité, etc. Mais ces groupes ne sont pas véritablement le lieu d'échanges sur les pratiques réelles. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) apparaît une forme proche des méthodologies d'échanges sur les pratiques, puisqu'elle s'organise de façon

formalisée sur des cas ramenés par les médecins et faisant l'objet d'un compte-rendu. Ces groupes dans certaines conditions peuvent constituer un collectif de médecins du travail, mais tous les médecins n'y participent pas. Globalement le collectif de médecins est relativement absent.

# 4. Une problématique sur la construction des règles collectives de métier comme favorisant l'activité pluri-professionnelle

24 Notre question de recherche est celle d'aborder une nouvelle facette de mobilisation des acteurs : celle non pas des acteurs de l'entreprise mais celle des acteurs de la prévention. Cette question s'inscrit dans une perspective plus large de recherche sur l'évaluation de l'efficacité de la prévention. En effet, dans une recherche sur la prévention durable des TMS, nous avions déjà montré que trois conditions sont à remplir pour une prévention efficace (Daniellou et coll., 2008) : la mobilisation des acteurs, le genre de l'entreprise, la conception du geste.

25 Nous ne ferons pas ici la démonstration que la mobilisation des acteurs de la prévention est plus efficace pour la prévention mais nous pensons qu'elle y participe, notamment quand les acteurs de la prévention arrivent à travailler ensemble.

26 Notre problématique de recherche porte plus sur l'importance pour chaque acteur de la prévention de construire des règles de métier spécifiques à chacun pour se confronter aux autres métiers et pouvoir travailler ensemble. Ici, le développement de l'activité individuelle et collective des médecins du travail apparaît comme un préalable pour la collaboration pluri-professionnelle.

# 5. Les conditions de mobilisation des acteurs de la prévention

## 5.1. La participation, une posture de l'intervention ergonomique

27 La participation de tous les acteurs apparaît comme une condition de l'efficacité des interventions sur la prévention des TMS. En effet, les équipes participatives (c'est-à-dire qui reposent sur la participation de leurs membres à l'analyse et aux pistes de solution) introduisent plus de changements dans le moyen ou long terme que les équipes qui n'ont pas fait de participation (St-Vincent et coll., 1998; Cole et coll., 2009; Wells et coll., 2009).

28 La place de la participation en ergonomie dans le processus d'intervention n'est pas spécifique à la prévention des TMS. L'ergonome dans son intervention dès l'analyse de la demande vise à construire une façon de poser le problème à partir d'une diversité des points de vue des acteurs (Guérin et coll., 1991) et à organiser une coanalyse des résultats entre l'intervenant et les acteurs de l'entreprise (Teiger et Laville, 1989) afin d'élaborer des actions de transformation adaptées au contexte du travail et appropriées aux acteurs concernés. La participation se situe à plusieurs niveaux : celle des opérateurs à l'analyse de leur travail (Durrafourg, 1995), à l'orientation des choix techniques et organisationnels (Garrigou et coll., 1995) ou à la conception des situations futures de travail (Daniellou et Garrigou, 1990). La démarche participative, sous certaines conditions, ouvre des possibilités d'élaborer des compromis, de créer des débats de normes, des arbitrages.

29 L'analyse de l'activité permet de créer un échange entre les participants sur le contenu du travail réel.

> « Cette activité n'est pas neutre, elle engage et transforme en retour celui (celle) qui l'accomplit » (Teiger, 1993, p. 19).

30 La participation de chacun des acteurs de la prévention à l'analyse de son activité pourrait permettre de donner du sens à l'activité de chacun, d'élaborer des règles de métier et de définir des modes de coopération avec les autres sur les façons d'interagir dans la situation d'intervention en entreprise.

31 De plus, faire participer les acteurs de la prévention des risques professionnels à l'analyse du contexte de leur intervention, aux constats d'échecs et de réussites de leurs actions passées ou présentes, pourrait leur permettre d'être dans un apprentissage collectif progressif sur la manière de développer leurs propres capacités individuelles et collectives d'analyse et de rechercher des solutions aux problèmes émergents. Les acteurs font ainsi l'expérience de nouvelles dynamiques dans leurs relations professionnelles et sont amenés à envisager de façon plus large les contraintes de leur métier, des autres professionnels, de la situation et à percevoir les ressources mutuelles de chacun par rapport aux logiques de l'entreprise.

## 5.2. De la mobilisation de l'entreprise aux conditions de mobilisation de l'intervenant en santé au travail

32 Dans le domaine de la prévention des TMS, il est nécessaire de mobiliser les acteurs de l'entreprise dans l'intervention. L'engagement de la direction apparaît un déterminant essentiel pour pouvoir mettre en œuvre les actions de prévention (Aublet-Cuvelier, 2000; Bernon et coll., 2011). La difficulté à débattre de la question des TMS dans différents espaces de l'entreprise correspond à une « hypo-socialisation du geste et du mouvement » (Simonet, 2011) pouvant être à la genèse des difficultés des acteurs à se mobiliser dans la prévention.

33 Notre regard ici ne sera pas de comprendre comment les acteurs de l'entreprise trouvent des moyens de se mobiliser et les modalités sur lesquelles l'intervenant va favoriser cette mobilisation des acteurs. Nous cherchons plutôt à trouver les manières et les façons dont les intervenants de la prévention des risques arrivent à se mobiliser. Il est évident que les conditions de leur mobilisation dépendent en grande partie des conditions données par le milieu de l'entreprise – contexte, disposition des acteurs, des capacités des intervenants à saisir les moyens disponibles et des conditions de l'évaluation de l'intervention (Baril-Gingras et Bellemare, 2006). Nous ajouterons à ce modèle une autre dimension, celle de la mobilisation du collectif d'intervenants pour comprendre en amont comment les acteurs de la prévention ont eux-mêmes les moyens de se mobiliser.

34 Ainsi, nous considérons que les acteurs de la prévention sont des salariés comme les autres ayant des ressources et des empêchements dans le contexte de la prévention (dispositif institutionnel, service de santé au travail, entreprise). Quelques études existent déjà sur l'activité des IPRP (Garrigou et Peissel-Cottenaz, 2004), sur les inspecteurs du travail (Daniellou et coll., 2011) et sur les intervenants en ergonomie (Landry et Tran Van, 2010), sur les médecins généralistes (Daniellou et Davezies, 2006). Elles montrent que les logiques d'alerte et de gestion de la prévention peuvent parfois entrer en conflit avec le contexte et obligent les acteurs de la prévention à des compromis parfois coûteux pour leur santé. Les recherches-interventions sur l'activité des intervenants en SST ont besoin d'approfondir la prise en compte de la mobilisation collective comme une ressource pour le professionnel face aux dilemmes de son activité et au service de l'efficacité de la prévention des risques.

## 5.3. Un cadre théorique développemental : l'activité collective et l'innovation sociale

35 L'activité collective prend forme dans l'articulation entre le travail collectif et le collectif de travail (Caroly, 2010). Autrement dit, l'activité pluri-professionnelle nécessite non seulement du travail collectif entre des acteurs de la prévention de disciplines distinctes (exemple : le psychologue du travail et l'ergonome collaborent ensemble pour accompagner le salarié à un changement de poste dans l'entreprise), mais elle nécessite aussi, au préalable de ce travail collectif, pour qu'il soit efficace et efficient, que chaque profession ait pu construire un collectif de métier pour pouvoir se confronter à l'autre et exprimer les zones d'action qui ont du sens par rapport aux façons de faire l'activité de travail dans son métier (par exemple, le psychologue agit sur le sujet, l'ergonome agit sur le poste et ils réfléchissent ensemble à l'adéquation entre les compétences du sujet et les exigences du poste pour le maintenir dans l'emploi).

36 De plus, l'activité individuelle constitue une ressource et un moyen de l'activité collective et vice versa. Ainsi, plus le professionnel de la prévention trouve dans le travail collectif et dans le collectif de pairs des ressources pour son activité individuelle, plus il trouvera des moyens de développer ses compétences dans son milieu de travail et aussi de préserver sa santé et celle des autres.

37 Nous ne traitons ici que du collectif de travail en référence au groupe de pairs d'un même métier qui partagent ensemble des façons de faire l'activité, des règles de métier, et un sens partagé sur la qualité du travail dans leur conception d'un travail bien fait pour le métier. La question dans l'activité pluri-professionnelle de l'existence d'un collectif pluri-métier est posée mais ne sera pas traitée ici, car cela renvoie à un développement théorique et empirique important qui ne fait pas l'objet de cet article.

38 Nous pouvons élargir la discussion sur les conditions du développement de l'activité pluri-professionnelle à celle du cadre théorique sur l'innovation sociale (Caroly et coll., 2012). Traditionnellement, l'innovation en ergonomie est traitée dans le domaine de la conception des systèmes de travail. Elle est le résultat de la coopération entre les concepteurs (Darses, 2002) en lien avec les utilisateurs (Falzon, 1994) et permet l'anticipation du futur à partir de simulations sur la base des situations d'action caractéristiques (Daniellou, 1992). L'innovation n'est pas seulement le résultat de la rencontre entre le monde des concepteurs, celui des utilisateurs et celui des opérateurs (Béguin, 2004) dans l'activité de conception. L'innovation est aussi sociale et dépasse les aspects techniques et de production dans la conception. Elle prend en compte l'influence de la société et les évolutions sociales et professionnelles dans le processus d'innovation. Cette notion d'innovation sociale permet de mieux comprendre le rôle des collectifs dans les processus d'innovation dans chaque métier et dans les relations inter-métiers. Ainsi, le développement de l'activité de chaque acteur de la prévention (au sens d'acteur collectif) passe par un débat sur l'activité et la construction d'un point de vue collectif sur les façons de réaliser pour chacun son activité. Basée sur la notion de partage, l'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux ou écologiques peu ou mal satisfaits, en faisant coopérer tous les acteurs concernés (Klein et Harrisson, 2006). L'innovation sociale dans le cadre d'une prévention pluridisciplinaire est une réponse nouvelle instaurée par les collectifs de métier de la prévention, pour répondre à leurs aspirations, subvenir à leurs besoins, modifier leurs relations sociales, transformer le cadre d'action de chacun en proposant de nouvelles orientations culturelles sur la façon de travailler ensemble. Dans cette définition, l'innovation est le fruit d'un travail collectif[1] et elle est créatrice de mieux-être pour chacun des acteurs. L'innovation sociale pourrait se manifester par des innovations dans le travail collectif, donnant des possibilités de développement des compétences et de transformation de l'activité à chacun des acteurs et un élargissement des capacités d'action collective. En d'autres termes, l'innovation sociale issue de ce travail collectif est à situer dans un objectif d'évaluation de l'efficacité de

services innovants proposés aux utilisateurs (ici entreprises adhérentes au service de santé au travail, salariés bénéficiant des services de l'équipe pluridisciplinaire), mais doit répondre aussi aux attentes sociétales (préservation de la santé au travail, évitement d'expositions à des risques industriels, etc.).

# 6. Une méthodologie fondée sur la confrontation aux traces de l'activité réelle des médecins du travail dans deux collectifs de pairs

39 Notre recherche visait à comprendre comment le collectif de travail peut être une ressource pour l'activité du médecin. Pour cela, nos méthodologies s'appuient sur deux objectifs :

- formaliser les pratiques issues de l'expérience;
- construire des règles collectives de pratiques de médecins du travail par rapport à des situations professionnelles.

40 Cette méthodologie vise à constituer un point de vue collectif sur différentes facettes du métier de médecin du travail, qui est susceptible de faciliter une approche pluri-professionnelle de la prévention. Déterminer ce que font réellement les médecins du travail dans leur activité et leur donner les moyens de construire un point de vue collectif permet de construire des conditions d'une coopération avec les autres intervenants pour une prévention efficace des TMS.

41 Notre méthodologie, ayant pour objectif de développer des collectifs de travail, se base sur des échanges entre pairs sur des traces réelles de leur activité de travail. Nous avons animé deux groupes de médecins du travail volontaires en services interentreprises, qui ont une grande diversité d'entreprises avec différents secteurs d'activité et variables en taille (PME, TPE, groupe) :

- l'un déjà constitué en collectif de travail à l'intérieur d'un groupement de services de santé au travail. En effet, il s'est construit avant la recherche au cours de la mise en place d'un dispositif innovant de retour au travail, empruntant aux expériences québécoises. Au travers de cette expérience collective, les médecins ont pu construire au fur et à mesure un collectif de travail. Ce groupe est composé de sept médecins du travail, dont deux hommes et cinq femmes, six étant anciens dans le métier et un novice (moins de cinq ans d'ancienneté);
- l'autre est un groupe de travail qui s'est formé pour la recherche. Ce sont des médecins volontaires d'un même service de santé au travail. Ils n'ont pas, préalablement à la recherche, constitué un collectif de travail. Ce groupe est composé de six médecins du travail, toutes des femmes avec une ancienneté élevée dans le métier.

42 La méthodologie d'animation de ces groupes est la suivante :

- Chaque médecin a été observé dans son activité une ou plusieurs fois. Les observables retenus ont été essentiellement les communications du médecin avec ses interlocuteurs avec une description du contexte et la prise en compte de la dynamique temporelle des interactions. Les données retranscrites ont fait l'objet d'un compte-rendu pour mener un entretien d'autoconfrontation simple avec le médecin observé. Celui-ci le prépare à la confrontation aux collègues.

- Chaque groupe s'est réuni sept fois sur une durée de deux ans. Chaque séance de travail collectif, animée par le chercheur-intervenant, porte sur deux séquences d'observations de deux médecins sur une même situation de travail. Les situations qui ont fait l'objet de discussions collectives sur les traces de l'activité réelle ont été choisies par les médecins et ont porté sur les observations de consultations, de réunions de CHSCT, d'études de poste et les réunions de maintien dans l'emploi.
- Dans le deuxième groupe, nous avons réalisé trois entretiens d'autoconfrontation croisée (CHSCT, étude de poste, consultation) avec des binômes de médecins du travail avant de restituer ensuite au groupe de médecins. Ceci visait à préparer et à enrichir la controverse entre les professionnels d'un même métier, où le collectif était moins élaboré.
- Le déroulement de la séance s'appuie sur l'extrait de l'observation présenté au groupe en respectant le déroulement temporel et les tours de parole des médecins du travail et de leurs interlocuteurs dans la situation observée. La personne observée donne à ses collègues des informations sur le contexte et ceux-ci commentent son activité. En ramenant des traces des observations de l'activité réelle et en organisant l'échange entre les pairs (règles de fonctionnement),[2] le débat entre pairs s'oriente sur les manières de travailler, les façons de faire de la prévention. Il permet de clarifier les buts de chacun dans son activité et d'élaborer des règles de métier à partir des débats sur les situations d'actions caractéristiques du travail.

43 Les deux groupes de médecins du travail ont souhaité restituer ensuite leurs débats à leurs collègues médecins du travail du service ainsi qu'à leur direction. C'était l'occasion d'enrichir les controverses sur le métier et de faire connaître leur activité de médecins du travail dans la prévention à leur direction.

44 À la fin de la recherche-action, ces deux collectifs de médecins ont été demandeurs de poursuivre les échanges collectifs entre pairs, notamment sous forme d'EPP, en poursuivant sur les mêmes méthodologies.

# 7. Le collectif de travail génère de nouvelles façons d'agir dans l'activité du médecin du travail pour la prévention des TMS

45 L'accompagnement de groupes de pairs dans l'animation de cette recherche a été l'occasion de pousser plus loin des discussions sur la diversité des pratiques des médecins du travail dans la prévention des TMS. Des discussions entre médecins sur l'activité ont eu lieu sur plusieurs thèmes : l'examen clinique du salarié pour détecter des signes infra-pathologiques, l'évaluation de l'efficacité des actions engagées dans l'entreprise, la gestion de la circulation de l'information (dire/ne pas dire, façon d'écrire) comme outil stratégique, etc. Les différences de pratiques des médecins du travail selon l'expérience alimentent les débats de métier sur l'activité possible, réalisée et empêchée.

46 Ces échanges collectifs ont été non seulement une occasion de formaliser l'expérience de chacun, mais de prendre dans autrui d'autres façons de faire. Le collectif apparaît comme une ressource pour le développement de l'activité individuelle. Par la connaissance des pratiques de l'autre, les médecins ont pu créer de nouvelles ressources et s'ouvrir à d'autres façons possibles d'agir dans leur situation de travail.

> « Au niveau du collectif cela a été de se rendre compte que l'on a tous les mêmes problématiques de voir comment les gens réagissent, comment on peut prendre des

autres des choses que l'on peut réutiliser dans nos pratiques et que l'on a aussi des choses à transmettre. » (D.Ma)
« On peut partager avec les jeunes, c'est important. C'est intéressant de voir comment on peut transmettre une pratique, une expérience, c'est très riche. » (D.Ma)

47 Nous prendrons appui ici sur trois situations observées et discutées entre les médecins pour rendre compte du développement de l'activité individuelle grâce à ces échanges collectifs sur la pratique réelle. Nous discuterons de la construction de règles collectives par rapport à ces situations de travail.

## 7.1. L'impact des paroles

48 La situation est la suivante : le médecin JA fait un entretien de reprise avec une salariée arrêtée pour une pathologie de l'épaule ne lui permettant pas de reprendre sur son ancien poste de mise en rayon mais sur un poste aménagé de caissière. Les aménagements sont pris en charge par l'Agefiph, la salariée a un statut de travailleur handicapé.

49 Voici l'extrait de l'entretien de consultation qui a fait l'objet d'une discussion collective :

Docteur JA : Quand on vous a parlé du statut de travailleur handicapé. C'était le choc.
Salariée : Oui.
Docteur JA : C'est handicapé qui fait peur?
Salariée : Par rapport aux aménagements, il n'y aura pas une caissière handicapée ou quoi que ce soit.
Docteur JA : Il n'y aura rien. Je ne sais pas si vous avez fait attention. J'ai parlé de situation de handicap. C'est important, on est dans un changement de modèle, ce n'est pas vous qui êtes handicapée. C'est la situation de travail qui vous handicape. Moi j'ai le vertige, c'est infernal. Je suis infoutu d'être grutier. Si on m'avait orienté vers un métier de grutier, je serais handicapé d'être grutier. Vous, c'est pareil, c'est pas stigmatisant. On est obligé de passer par cette voie-là pour avoir des aménagements de poste.
Salariée : D'accord.

50 L'échange entre les médecins sur cet extrait est le suivant :

D. Mi: Ça fait peur bien sûr.
D. MA : Ils ont l'impression d'être stigmatisés, d'être handicapés à vie, qu'ils sont différents.
D. JA : Non, puis le mot handicapé fait peur. Ils ont l'image des handicapés, les handicapés c'est le fauteuil roulant, c'est ça. Donc c'est une stigmatisation du handicap, c'est d'abord ça et puis deuxièmement on voit les médecins traitants qui jouent parfois contre nous. Le terme « handicap de situation », ça me paraît plus efficace. Je veux être simple. Moi, étant donné que je suis asthmatique, j'ai le vertige, je suis daltonien, j'en ai pas mal (rire). Moi je suis daltonien, je n'ai jamais pu être pilote de TGV. C'est des handicaps lourds, mais ça permet de clarifier et de dédramatiser une situation.
D. AM : Non, je ne parle pas de situations de handicap, je donne la définition.
D. MA : Il faut voir ça comme une formalité administrative, enfin une formalité administrative entre guillemets, on a besoin de ce papier pour pouvoir avoir de l'argent pour financer un aménagement de poste.

51 Cette discussion collective des médecins a conduit le médecin observé à préciser ses buts. Il utilise cette notion de handicap comme un moyen efficace pour changer la représentation du salarié sur le handicap. Parler de lui pour dédramatiser le poids des mots est une stratégie acquise avec l'expérience. Elle conduit le collectif de médecins à discuter sur l'effet de l'usage d'exemples personnels sur l'interaction avec le salarié.

52 À la fin de la recherche-intervention au moment de l'évaluation des évolutions dans l'activité professionnelle, deux médecins ont ré-évoqué cette séance de discussion collective :

D. AM : « Au niveau du choix des mots, par exemple je parle maintenant de “situation de handicap” je te l’ai pris… »
D. S : « Moi aussi je l’utilise maintenant. Dans le discours j’ai intégré mes événements personnels. »

53 Le collectif de travail semble donner aux médecins du travail des ressources dans leur activité de prévention des TMS : aider le salarié à changer sa représentation de sa situation. La place faite aux paroles du salarié est très importante dans l’activité du médecin du travail. Il utilise les paroles du salarié pour reprendre contact avec lui lors d’une nouvelle consultation et assurer une continuité temporelle d’interactions. Par exemple, il reprend le « bof » expression du salarié qu’il a notée dans le dossier médical quand il lui demande : « Comment va le travail? » Les paroles du salarié constituent son principal instrument de travail. Il s’en saisit pour mener l’entretien de consultation. Il reformule par rapport à sa connaissance de l’entreprise, confronte le salarié, l’interroge pour l’aider à prendre conscience des liens entre sa santé et son travail. De plus, il utilise les paroles des salariés, tout en assurant le secret professionnel, pour faire des alertes en CHSCT, écrire un bilan d’activité ou interpeller des acteurs dans l’entreprise. Le médecin du travail ramène l’expression des salariés sur la santé au travail dans l’espace public.

## 7.2. La gestion des émotions, de la santé

54 L’extrait d’observation porte sur une réunion de CHSCT dans un hypermarché suivi par un médecin du travail femme de plus de 55 ans (D. Jo). Lors de l’évocation des accidents du travail et de leurs causes en début de réunion par l’animateur sécurité, le médecin du travail ne donne pas son analyse sur les déterminants organisationnels qui ont pu conduire aux divers accidents, y compris pour les accidents lombalgiques. Le climat est tendu dans ce CHSCT, le médecin ne parle pas beaucoup. Il répond aux questions que les membres lui posent et tente à plusieurs reprises de ramener la question du travail dans la discussion sans être vraiment écouté. À la fin du CHSCT, un épisode conflictuel se produit entre le médecin et les membres du CHSCT à propos de l’inaptitude d’une personne, point qui ne faisait pas partie de l’ordre du jour. Le médecin du travail ne répond pas à la demande d’aide formulée par les membres du CHSCT par respect du secret médical, il ne peut tenir une parole sur le salarié dans cet espace public qui est celui du CHSCT.

55 Les échanges entre le médecin du travail et les membres du CHSCT ont été restitués dans leur intégralité au collectif de médecins en respectant les tours de parole et le déroulement temporel de la réunion. Par exemple :

Directeur : Vous pouvez nous accompagner dans les propositions?
Docteur Jo : Je ne connais pas vos postes, ce n’est pas moi qui peux dire.
Directeur : Je ne suis pas d’accord. On est dans une démarche volontariste de reclasser, mais il faut que les différents intervenants (même le MDT) trouvent une possibilité. Derrière il y a la commission paritaire qui se prononce sur le handicap et nous dira si on a cherché toutes les possibilités. Sur quel type de poste elle peut aller? Quel aménagement? Il faut nous donner les pistes, on n’est pas qualifié aujourd’hui pour ça.
Docteur Jo : On a eu une formation avec un juriste. Nous, on donne des orientations, ça c’est ma responsabilité. C’est à l’employeur de dire s’il y a d’autres postes sans exposition ou si le poste est aménageable. C’est pas à moi de dire sur tel poste.

56 Dans cette situation, les membres du CHSCT ne perçoivent pas le rôle du médecin et interprètent son refus de donner son avis comme une attitude de non-coopération du médecin. Cette situation est source d’une grande tension pour le médecin.

57 Les échanges entre les médecins sur les paroles du médecin observé dans cette situation avec les membres du CHSCT conduisent le médecin observé à discuter avec ses collègues de ce qu’il peut donner comme information sur la salariée dans cet espace public et la

manière dont il conçoit les espaces de discussion avec l'employeur au sujet des cas d'inaptitude.

58 Prenons d'abord un extrait de l'échange de ce médecin observé avec une collègue, aussi expérimentée que lui, lors d'un entretien d'autoconfrontation croisée, à propos de cette situation :

> D. Jo : « On voulait me faire venir sur un terrain qui n'était pas le lieu de le faire. Par rapport à cette jeune fille, j'aurais pu en parler avec eux, soit en présence de la jeune fille et de la direction. J'allais dire à huis clos, pas publiquement. Du point de vue de la posture du médecin ce n'est pas un lieu où on discute du reclassement des personnes. Déontologiquement, je me suis positionnée comme ça. »
> D. Mi2 : « Ça m'est arrivé aussi plusieurs fois de me situer en disant à un moment donné, vous me demandez quelque chose et là je dis non. Et c'est toujours hyper mal vécu par l'employeur. Du coup je me pose la question de la place en tant que médecin du travail. Si on veut pouvoir nous voir derrière (au sens de créer une relation avec l'employeur), est-ce qu'on peut à un moment donné dire NON d'entrée? Moi je suis souvent comme toi, il me demande et je dis là on n'est pas dans le bon truc. Mais si là il me demande quelque chose qui ne correspond pas à mes missions, peut-être c'est parce qu'ils ont besoin que je leur réexplique mes missions. »

59 Lors de la restitution de cette autoconfrontation croisée au collectif de médecins, la discussion des médecins du travail entre eux a porté sur la position du médecin du travail en CHSCT, la rédaction des comptes-rendus au CHSCT et la gestion des émotions. Par exemple,

> D. Jo : « Est-ce qu'on peut aller au-delà?... demander qu'au compte-rendu du CHSCT soient ajoutées nos paroles? Je devrai écrire ce que j'ai dit et le transmettre. »
> Collègue 2 : « Des fois c'est les représentants qui écrivent et ça nous retombe dessus. Je leur dis qu'il ne faudrait pas écrire ça, c'est lu par des salariés et c'est un peu personnel des fois sur des maladies. »
> Collègue 3 : « La question est que ni la parole, ni l'écrit ne passent. Est-ce que tu penses J. que si tu leur donnes un document écrit, ils vont refuser de le mettre dans le compte-rendu? »
> D. Jo : « Je ne sais pas, je peux tenter l'expérience au prochain CHS. »

60 On remarque ici combien l'échange collectif contribue à produire des marges de manœuvre pour ce médecin désemparé. Cet échange contribue au développement de compétences pour d'autres médecins. Par exemple, certains disent à la fin de la recherche :

> D. Mi2 : « Moi ça m'aide à plus comprendre pourquoi est-ce que j'ai agi comme ça, à prendre conscience de la façon de fonctionner que je n'ai pas forcément ressentie.
> D. Jo : « Ça va même plus loin que son propre mode de fonctionnement. À des moments donnés dans des situations particulières, ça aide à développer des stratégies qu'on ne maîtrise pas. »

61 Les échanges collectifs ont favorisé l'ouverture sur des possibles de l'activité, ils ont été aussi un espace de gestion des émotions et de réassurance pour ces médecins. Le médecin observé nous indiquait avoir peur d'aller dans cette entreprise. Ces échanges ont réinterrogé certains médecins dans leurs stratégies défensives d'autoprotection comme ne plus aller aux réunions du CHSCT ou fuir le contact avec l'entreprise, après avoir eu des expériences négatives ou conflictuelles avec elle.

62 Les médecins ont pu sortir de leur isolement et évoquer avec d'autres leur souffrance dans certaines situations difficiles de travail (rejet ou manipulation de l'employeur pouvant mettre en difficulté le médecin dans sa relation avec les autres acteurs de l'entreprise, y compris les salariés, situations paradoxales, impossibilité d'agir).

63 À la fin de la recherche-intervention, trois médecins disent avoir réinvesti le CHSCT dans leur activité de prévention :

> - « Maintenant je suis plus présente au CHSCT. Je me suis rendu compte que l'on pouvait avoir un positionnement au CHSCT, c'était un lieu stratégique. » (D.L)
> - « Faire aussi attention à l'impact des paroles dans le collectif (le CHS, l'entreprise)

en étant plus constructif et moins dans le constat accablant. » (D.D)
- « Ça m'a permis d'aller plus vers du collectif. » (D.E)

64 Le collectif de travail semble donner aux médecins du travail des ressources dans la prévention des TMS : occuper une place dans le CHSCT en tant que médecin.

## 7.3. La réorganisation de la consultation

65 La séquence observée porte sur des consultations d'un médecin du travail. Ces consultations ont pu être observées en totalité : entretien médico-socio-professionnel et examen clinique. Une discussion s'engage avec le collectif de médecins sur l'examen clinique. En effet, le médecin observé fait un examen systématique de la tête aux pieds. Ces échanges collectifs portent sur le diagnostic des TMS. Certains collègues expliquent qu'ils ne font pas systématiquement l'examen des mains et des épaules, mais selon les douleurs évoquées par le salarié au cours de l'interrogatoire. Pour certains, il s'agit de

« ne pas gratter, de ne déclencher une douleur, qui sera difficile à gérer après ».

66 Cette confrontation permet au médecin observé de préciser les motifs d'un examen complet : il s'agit de faire de la détection des gens qui ne disent pas forcément qu'ils ont mal.

« C'est au moment de l'examen clinique quand le médecin touche le corps que les choses se disent. »

67 À la fin de cette séance de travail, le chercheur-intervenant demande aux médecins qui ne font pas l'examen systématique d'essayer de le faire, et aux autres qui font l'examen systématique d'essayer de le faire en fonction de l'interrogatoire. L'objectif de cette consigne était de donner aux médecins du travail des moyens d'élargir leurs possibilités d'organisation de la consultation entre le temps de l'entretien et celui de l'examen du salarié, afin d'améliorer la qualité de la prévention des TMS.

68 À la séance suivante, le médecin observé ayant fait l'objet de la discussion dit avoir apprécié d'avoir essayé de ne pas faire un examen systématique. (« Ça me fait gagner du temps, c'est pertinent et je suis moins fatiguée »). Les médecins qui faisaient l'examen en fonction de l'interrogatoire n'ont pas réussi à expérimenter un examen systématique. La pratique de consultation s'est modifiée avec l'expérience et correspond à une stratégie efficace et efficiente pour le médecin. Mais la non-réalisation de l'examen médical systématique risque de ne pas détecter des symptômes de TMS, lorsque des salariés souffrent en silence.

69 À la fin de la recherche-intervention, quelques médecins sont revenus sur l'examen systématique dans la consultation :

- « Le point de changement concerne l'examen des TMS, je me suis rendu compte que je le faisais très peu ou très mal. J'ai fait peu d'examens cliniques systématiques, je m'intéresse plus aux conséquences du travail sur la santé dans l'examen. » (D.I)
- « Suite à nos échanges sur les visites médicales, j'ai essayé d'être plus systématique dans l'interrogatoire sur les TMS, les douleurs et je me suis rendu compte que j'avais plein d'infos que je ne savais pas traiter immédiatement sauf à renvoyer au médecin généraliste. Cela m'a amené à questionner la visite médicale, ce que l'on fait. » (D.E)

70 Plusieurs médecins ont dit avoir modifié leur pratique dans l'activité de consultation à la suite des échanges dans le groupe de médecins du travail :

- « Cela m'a fait revisiter ma pratique en partie en consultation. Moi je suis depuis très longtemps sur le même secteur avec des gens que je connais depuis longtemps. Cela m'a amené à recentrer sur le travail, car à force de connaître les gens je m'en étais éloignée avec le temps. J'ai recentré sur les liens santé-travail. » (D. Ma)
- « Cela m'a aidé à analyser et améliorer le contact avec le salarié. » (D.D)

- « Maintenant je ne parle plus de visite médicale, mais d'entretien médico-professionnel. Quand les gens viennent en visite de reprise, je leur parle de santé et quand ils viennent en entretien courant, je leur parle du travail. » (D.AM)
- « Cela a changé ma pratique : j'ai organisé ma consultation de façon différente, je fais moins d'examens physiques et plus d'interrogatoires sur le travail. Et le physique est du coup à la fin de la consultation, je suis moins éprouvée. » (D. P)
- « Au niveau clinique, j'interroge plus sur le travail, avant je faisais de la médecine générale. » (D.L)
- « Ça m'a permis de basculer vers le travail, sans délaisser la partie clinique. Je m'étends moins sur l'examen clinique maintenant. » (D. MI2)

71 Le collectif de travail semble donner aux médecins du travail des ressources dans la prévention des TMS et participe à une nouvelle orientation dans la définition de leur métier : passer de la visite médicale à l'entretien socioprofessionnel dans l'objectif de tenir la dialectique entre le travail et la santé.

# 8. Du développement de l'activité individuelle et collective au travail collectif pluri-professionnel

## 8.1. Une méthodologie facilitant le développement du métier

72 La création de collectifs de travail de médecins du travail favorisant le débat sur leur activité réelle de travail et la construction d'un point de vue collectif sur les règles de métier aide ceux-ci à définir leurs modalités d'action pour pouvoir coopérer avec différents intervenants. La méthodologie fondée sur des échanges entre pairs sur des traces réelles de l'activité observée n'est pas du même ordre que l'échange de pratiques professionnelles, qui se basent davantage sur un discours des professionnels sur leur travail, un échange sur les représentations de chacun sur la façon de faire le travail. La méthode de confrontation à des traces de l'activité oblige le médecin à préciser les buts de son action dans un contexte situé, les stratégies déployées et les effets sur l'efficacité de la prévention et ceux sur sa propre santé. Les débats entre pairs, animés par le chercheur-intervenant en ergonomie de l'activité, ne sont pas seulement de l'ordre de la reconnaissance de savoir-faire, mais visent des développements de l'activité individuelle et la construction collective de règles de métier, socle qui est susceptible ensuite d'être articulé et discuté avec les règles de métier des autres professionnels de la prévention.

73 Plus exactement, ce dispositif méthodologique a permis de créer un point de vue collectif des médecins du travail sur ce qu'il est important de reconnaître dans le métier et les variantes du genre professionnel, et de mieux repérer les actions du médecin sources d'efficacité pour la prévention des TMS. Le processus d'innovation engagé par la création de ces collectifs de médecins conduit les médecins impliqués dans le dispositif à mieux définir la spécificité de leur métier (Caroly et coll., 2012) parmi les intervenants en santé au travail :

- *l'action se passe dans la consultation pour pouvoir agir indirectement sur l'organisation du travail et les relations entre acteurs*. Par exemple, quand le médecin vient de participer au CHSCT évoquant l'achat de matériel d'aide à la manutention dans une maison de retraite, il peut interroger les salariés de l'établissement sur l'utilisation de ce matériel et aider à changer de représentation sur cet instrument de travail. Autre exemple, il peut revenir sur la question des

relations du salarié avec ses collègues d'un entretien à l'autre, pour les amener à changer dans leur représentation des relations professionnelles;

- *tenir le lien santé-travail dans la consultation permet de mobiliser le salarié.* Que le médecin commence l'entretien par la santé ou le travail, il explore les liens entre le travail et la santé et aide le salarié à en prendre conscience et à se donner des moyens d'agir sur ces liens quand celui-ci le peut;
- *la consultation et les actions en entreprise sont complètement liées dans l'activité du médecin et ne peuvent pas être séparées.* Le médecin du travail a besoin de connaître l'entreprise et ses activités pour interroger le salarié pendant la consultation. Ce qu'il apprend de la consultation lui permet de ramener la parole collective des salariés dans des espaces publics de l'entreprise où les acteurs débattent de la prévention des risques et de la santé au travail;
- *l'intervention du médecin du travail s'inscrit dans la durée contrairement aux autres intervenants extérieurs.* Le médecin suit dans une certaine continuité l'entreprise et le salarié et peut faire des liens entre l'évolution du travail et les effets sur la santé. Cela nécessite un travail de resynchronisation de l'action du médecin vis-à-vis du salarié et avec les autres acteurs de l'entreprise (exemple, DRH de l'entreprise) ou les partenaires extérieurs (médecin généraliste, médecin conseil, etc.);
- *les instruments de travail sont transformés dans l'action pour être au service de l'efficacité et de l'efficience (inaptitude, partage de dossier informatique, fiche entreprise...).* Par exemple, le médecin du travail utilise la fiche d'entreprise et un cahier, où il note des informations sur le fonctionnement de l'entreprise en s'appuyant sur les consultations de salariés, pour écrire son bilan d'activité. La façon de rédiger une restriction d'aptitude relève de la stratégie pour que cela soit accepté par l'employeur et le salarié.

## 8.2 Le travail collectif pluri-professionnel

74 Le développement du métier des médecins du travail peut favoriser la discussion avec les autres acteurs de la prévention. En effet, le retour des collectifs de médecins aux autres acteurs de la prévention a permis d'avoir un débat entre eux qui vise la reconnaissance et la compréhension de l'activité des médecins et des limites de leurs actions. Ceci produit d'autres formes de régulation et de collaborations entre les professionnels de la santé au travail. Un des points essentiels de cette discussion des médecins avec les autres acteurs de la prévention a porté sur le modèle de l'intervention en santé au travail.

75 Le médecin du travail semble avoir du mal à dire aux autres intervenants de la prévention ce qu'il fait en ce qui concerne les TMS : d'une part, parce que le modèle de la prévention porté par les autres acteurs est celui de l'intervention, ce qui ne correspond pas au modèle d'action pour tous les médecins du travail. Le médecin du travail ne semble pas faire de l'intervention, au sens de transformation des postes et de l'organisation, compétences relevant plus de l'ergonome, de l'ingénieur en prévention des risques, du conseiller de prévention. D'autre part, la spécificité de la pratique des médecins du travail par rapport aux autres intervenants en SST est de tenir la prévention dans une relation de continuité avec l'entreprise et ses salariés. Les médecins ont, par le biais de la consultation, la possibilité avec le salarié d'un face-à-face protégé par le secret médical. Cela permet de réaliser un examen attentif de l'activité de travail et de ses liens avec la santé, en questionnant le jeu et les positions relatives des acteurs. Le médecin du travail fait plutôt de la prévention en opérant sur la relation du salarié avec son activité, les interactions entre le salarié et le chef d'entreprise. Il tient l'approche collective dans la prévention individuelle et apporte la parole du salarié dans les débats de l'entreprise (approche individuelle dans la prévention collective).

76 Notre recherche-intervention auprès des médecins du travail indique qu'ils font un vrai travail, spécifique à leur métier, composé de plusieurs postures professionnelles possibles selon leur expérience, leur parcours de formation et les contextes des entreprises qu'ils suivent. Il apparaît nécessaire de reconnaître que l'approche individuelle des médecins du travail constitue une qualité de la prévention dans notre système français (au Québec, par exemple, le médecin du travail ne voit pas individuellement les salariés, il fait un projet de prévention dans l'entreprise). Les consultations sont un lieu privilégié de prise en compte du salarié. Ces consultations sont une ressource pour l'efficacité de la prévention. Dans la consultation, le médecin échange avec les salariés sur les liens santé-travail et oriente ses actions de prévention collective en entreprise. Pour faire cette consultation, le médecin du travail s'appuie sur ses connaissances de l'entreprise, de ses activités et des interactions qu'il a eues avec les acteurs.

77 Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer que les médecins du travail, professionnels isolés, avec une diversité de postures professionnelles développent leur activité par un travail de prise en compte des actions de l'ensemble des acteurs de l'entreprise tant dans la consultation que dans le maintien dans l'emploi ou leur participation au CHSCT. Cette forme de travail collectif invisible indique que la pluridisciplinarité n'est peut-être pas là où on le pense mais revêt d'autres réalités.

78 Reconnaître la spécificité de l'activité des médecins du travail pourrait faciliter les collaborations pluri-professionnelles dans la prévention des TMS.

## 8.3. Les retombées sur les réformes en cours

79 À l'issue de nos observations, il apparaît que l'activité du médecin du travail dans la prévention des TMS est faite entre deux pôles en interaction (Caroly et coll., 2011) : l'espace individuel de la consultation et l'action en entreprise.

80 La réforme pose l'efficacité des médecins du travail dans la prévention primaire du côté d'une réduction des consultations et d'une augmentation des actions pluridisciplinaires. Elle demande aux médecins du travail d'assurer une mission de coordination de la pluridisciplinarité, où les autres professionnels doivent répondre à leurs demandes d'intervention et rendre des comptes. Elle tend à concevoir la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, où une part du travail du médecin pourrait être confiée à une infirmière de travail (partie médicale) ou un IPRP (partie technique).

81 Ces évolutions législatives peuvent conduire à une double injonction dans l'activité des médecins du travail :

- elle leur demande d'augmenter leurs actions en entreprise, indicateurs d'efficacité pour le prescripteur, alors que le cœur de leur métier est la consultation et que l'entreprise correspond plus à un contexte à prendre en compte et à mobiliser pour aider le salarié à agir;
- elle leur demande de faire de la prévention primaire et en même temps de déléguer leurs actions à des IPRP.

82 La réforme sur la médecine du travail ne prend pas suffisamment en compte les apports des médecins du travail dans la prévention. L'efficience du médecin du travail se situe plutôt dans une approche individuelle, qui est en interaction avec une approche collective de la prévention.

83 Les risques de cette réforme se situent à un triple niveau :

- la non-reconnaissance de l'activité des médecins du travail dans la prévention peut conduire à des difficultés pour eux et des conflits interpersonnels dans la manière dont chacun va se positionner par rapport au changement en cours dans les services de santé au travail. Elle peut augmenter les tensions entre les médecins

du travail et rendre les possibilités de travail avec les autres professionnels plus coûteuses;

- la centration des tâches de consultation sur les cas problème pourrait donner du sens à une identité de médecin, soignant la pathologie, mais ne répond pas au métier de médecin du travail qui a besoin de rencontrer les salariés au fil du temps afin d'émettre un diagnostic des liens santé-travail. Ce qui implique de voir les salariés plusieurs fois dans la durée, ceux qui n'ont pas encore de troubles de santé et qui sont susceptibles d'en avoir, autant que des salariés atteints par les TMS ou autres pathologies et qui se dégradent ou s'améliorent. Il s'agit de ne pas perdre le lien avec l'entreprise pour comprendre la dynamique temporelle des relations santé-travail du salarié;
- le médecin manager du travail des autres professionnels de la prévention ne permet pas de reconnaître véritablement les apports spécifiques du médecin du travail dans la pluridisciplinarité et risque d'appauvrir le travail des autres.

84 Cela amène à plusieurs questions par rapport à l'évolution de leur métier et aux réformes en cours : la coordination pluridisciplinaire doit-elle être portée par le médecin? Faut-il que les acteurs de la prévention partagent un même modèle de l'intervention et/ou de la prévention pour travailler ensemble? Quels sont les indicateurs d'évaluation de la qualité de la prévention?

# Conclusion

85 La méthodologie envisagée repose sur le postulat qu'il est nécessaire d'aider chaque acteur à construire un point de vue collectif qui favorise, dans un premier temps, le développement de l'activité et l'élaboration de règles de métier et peut participer, dans un deuxième temps, à la construction de modalités d'un travail collectif pluri-professionnel. La méthodologie, basée sur la confrontation collective aux traces de l'activité dans un groupe de pairs, devient un outil de transformation des pratiques professionnelles et un appui à l'innovation sociale dans les relations avec les autres intervenants en santé au travail.

86 Dans cette orientation, l'intervention ergonomique auprès d'équipes pluridisciplinaires en santé au travail devrait davantage se fonder sur ce type de méthodologie pour favoriser le développement de l'activité de chaque professionnel et aider à la construction de règles de métier et à l'intercompréhension intermétier. C'est dans une nouvelle recherche sur la construction de la pluridisciplinarité en santé au travail, financée par l'ANSES dans le cadre d'un programme santé environnement société travail (SEST 2012-2015), que nous poursuivons cette perspective méthodologique et scientifique. Cette démarche pourrait faciliter la construction d'un travail collectif pluri-professionnel qui s'enrichit de la dynamique d'élaboration de collectifs de travail de métier. Ces conditions épistémologiques et méthodologiques semblent importantes à réunir dans l'intervention ergonomique sur la prévention des TMS pour faciliter la mobilisation des acteurs de la prévention et construire des modalités d'une activité collective pluri-professionnelle.

## *Bibliographie*


Aublet Cuvelier, A. (2000). Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques dans une blanchisserie hospitalière. *Les notes scientifiques et techniques de l'INRS*, n° 195, NS 0195, 129 p.

Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Brun, J.P. (2006). Interventions externes en santé et en sécurité du travail : influence du contexte de l'établissement dans l'implantation de mesures préventives. *Relations industrielles/Industrial Relations,* 61(1), 9-41.

Béguin, P. (2004). Mondes, monde commun et versions des mondes. *Bulletin de psychologie*, 57(1), 469, 45-48.

Bernon, J., Escriva, E., Schweitzer, J.M. (2011). Agir sur la prévention durable des TMS. *ANACT*-collection Agir sur. 128 p.

Callon, M. (1986). Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique*, 36, 169-208.

Caroly, S., Landry, A., Cholez, C., Davezies, P., Bellemare, M., Poussin, N. (2012). Innovation in the Occupational Health Physician Profession Requires the Development of a Work Collective to Improve the Efficiency of MSD prevention. *Work: Journal of prevention Assessment & Rehabilitation,* 41(1), *5-13*.

Caroly, S., Cholez, C., Landry, A., Davezies, P., Poussin, N., Bellemare, M., Coutarel, F., Garrigou, A., Chassaing, K., Petit, J., Baril-Gingras, G., Prudhomme, D., Parrel, P. (2011). Les activités des médecins du travail dans la prévention des TMS : ressources et contraintes. Rapport ANR-SEST09. http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/67/69/73/PDF/rapport_final_medtra_2012.pdf

Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail*. Document d'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Bordeaux 2. http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00464801/fr/

Cole, D.C., Theberge, N., Dixon, S.M., Rivilis, I., Neumann, W.P., Wells, R. (2009). Reflecting on a program of participatory ergonomics intervention; a multiple case study. *WORK,* 34, 161-178.

Coutarel, F, Vézina, N., Berthelette, D., Aublet-Cuvelier, A., Descatha, A., Chassaing K., Roquelaure, Y., Ha, C. (2009). Orientations pour l'évaluation des interventions visant la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail. *PISTES*, 11 (2). http://pistes.revues.org/2349
DOI : 10.4000/pistes.2349

Daniellou F. (coord.), Caroly S., Coutarel F., Escriva E., Roquelaure Y., Schweitzer J.M. (2008). *La prévention durable des TMS : Quels freins? Quels leviers d'action?* Rapport d'étude pour la Direction générale du travail. www.anact.fr

Daniellou, F., Davezies, P. (2006). L'épuisement professionnel des médecins généralistes. Une étude compréhensive dans une région. In J. Maline et M. Pottier (dir.), *Ergonomie et santé au travail, transformations du travail et perspectives pluridisciplinaires*. Toulouse : Éditions Octares, p.45-53.

Daniellou, F. (1992). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Mémoire d'habilitation à diriger des recherches. Université Victor Segalen Bordeaux 2. Éditions du LESC.

Daniellou, F., Garrigou, A. (1990). Participatory approach to future work activity, case-studies in the printing industry. In Karwowski, W., Rahimi, H. *Human aspects of hybrid automated systems II* (p. 493-500). Amsterdam : Elsevier.

Darses, F. (2002). Modéliser et outiller les activités coopératives de conception. *Le Travail humain*, 65(4), 289-292.

Davezies, P. (2010). Intérêt et difficultés de l'insertion des infirmières dans les services inter-entreprises de santé au travail. Publié dans *la revue du SNPST* et repris par le groupement des infirmières du travail.

Duraffourg, J. (1995). *A quoi sert l'analyse de l'activité?* Séminaire Paris 1.

Durand, M.J., Baril, R., Loisel, P., Gervais, J. (2008). Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. *PISTES*, 10(2). http://pistes.revues.org/2223
DOI : 10.4000/pistes.2223

Falzon, P. (1994). Dialogue fonctionnel et activité collective. *Le Travail humain*, 57(3), 299-312.

Garrigou, A., Daniellou, F., Carballeda, G., Ruaud, S. (1995). Activity analysis in participatory design and analysis of participatory design activity. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15, 311-327.
DOI : 10.1016/0169-8141(94)00079-I

Garrigou, A., Peissel-Cottenaz, G. (2004). Pour une rapproche réflexive des besoins en formation des préventeurs. *Rapport de recherche LAP-ADS-IUT HSE, Université Bordeaux 1 et Notes scientifiques et techniques,* 244, INRS, 2004.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F, Durafourg, J., Kerguelen, A. (1991). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon : Éditions ANACT.

Klein, J.L., Harrisson, D. (sous la dir.) (2006). *L'innovation sociale. Émergence et effets sur la transformation des sociétés*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 465 p.

Landry, A, Tran Van, A. (2010). L'évaluation un outil de l'ergonome pour transformer le contexte d'intervention. *PISTES*, 10(2). http://pistes.revues.org/2473
DOI : 10.4000/pistes.2473

Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A. et coll. (2006). Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthritis Rheum*, 55, 765-78.

Simonet, P. (2011). L'hypo-socialisation du mouvement : prévention durable des troubles musculo-squelettiques chez des fossoyeurs municipaux. *Mémoire de thèse de doctorat* en psychologie du travail. CNAM, Paris, soutenue le 5 décembre 2012.

St-Vincent, M., Chicoine, D., Simoneau, S. (1998). *Les groupes ERGO - Un outil pour prévenir les LATR*. IRSST / ASP - Secteur fabrication de produits en métal et électriques, Montréal, 1998, 95 pages. www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-les-groupes-ergo-un-outil-pour-prevenir-les-latr-ergo.html

Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Éducation permanente*, 116(3), 71-96.

Teiger, C., Laville, A. (1989). *Expression des travailleurs sur les conditions de travail*. Paris : Collection du Laboratoire d'ergonomie et de neurophysiologie du travail du CNAM, n° 100, 2 tomes.

Wells, R, Laig, A., Cole, D. (2009). Characterizing the intensity of changes made to reduce mechanical exposure. *WORK,* 34(2), 179-194.

## Notes

1 L'innovation n'est pas un processus linéaire, mais un processus de confrontation entre des acteurs diversifiés (Callon, 1986).

2 Règles de fonctionnement favorisant la confiance et la liberté dans les échanges : restitution, compétences, confrontation positive, assiduité.

## Pour citer cet article

*Référence électronique*
Sandrine Caroly, « Les conditions pour mobiliser les acteurs de la prévention des TMS : construire du collectif de travail entre pairs pour développer le métier et favoriser le travail collectif pluri-professionnel », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 15-2 | 2013, mis en ligne le 01 août 2013, consulté le 01 octobre 2020. URL : http://journals.openedition.org/pistes/3400 ; DOI : https://doi.org/10.4000/pistes.3400

## Cet article est cité par

- Bellemare, Marie. Caroly, Sandrine. Prud'homme, Daniel. (2019) Travail collectif pluridisciplinaire dans la prévention des risques professionnels complexes : ressources et contraintes du contexte au Québec et en France. *Relations industrielles*, 74. DOI: 10.7202/1062083ar

## Auteur

**Sandrine Caroly**
Laboratoire PACTE, Université de Grenoble, IEP BP48- 38040 Grenoble Cedex 09, Sandrine.caroly@upmf-grenoble.fr

*Articles du même auteur*

L'ergonomie du genre : quelles influences sur l'intervention et la formation ? [Texte intégral]
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 18-2 | 2016

Prendre en compte le sexe et le genre dans le choix des situations à analyser : un enjeu pour l'intervention ergonomique [Texte intégral]
The Why and How of Integrating Sex and Gender in Ergonomics Interventions at the Work Situation Selection Stage
Tener en cuenta el sexo y el género en la selección de situaciones a analizar : un reto para la intervención ergonómica
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 18-2 | 2016

**Quelle prévention des TMS dans l'activité de l'encadrement de proximité en sous-traitance interne ? Un cas dans le secteur de la découpe de viande** [Texte intégral]
What Is the Place of MSD Prevention in the Activity of a First-Line, Subcontracted Foreman? A Case in the Meat-Cutting Industry
Cual es la prevención de los TME en la actividad de un subcontratista supervisor de primera línea? Un caso en la industria de corte de carne
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 17-2 | 2015

**La relève : un lieu de construction du collectif pour gérer la sécurité** [Texte intégral]
How Work Teams Use Shift Handovers to Manage Safety
El cambio de turno : un espacio de construcción del colectivo para la gestión de la seguridad
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 17-2 | 2015

**Concevoir la prévention d'un risque émergent : une démarche fondée sur les représentations et les activités** [Texte intégral]
Designing the Prevention of Emerging Risk: an Approach Based on Representations and Activities
El diceño de la prevención del riesgo emergente: un enfoque basado en las representaciones y las actividades
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 17-1 | 2015

Introduction [Texte intégral]
Paru dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15-2 | 2013
Tous les textes...

---

## *Droits d'auteur*

*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.