
Jean-François CAILLARD
Entretien avec Michel Pottier en 2002

Jean François CAILLARD est Professeur de médecine du travail (PU-PH) au CHU de Rouen depuis septembre 1979.

Auparavant, il avait été assistant dans la même discipline au CHU de Caen.

Très attaché à une politique de prévention des maladies et risques professionnels, c'est tout naturellement qu'il s'est intéressé à l'ergonomie.

Dans les années 70, il a beaucoup œuvré pour introduire l'ergonomie en milieu hospitalier en collaboration avec le laboratoire de physiologie de la faculté de médecine de Caen et celui de physiologie du travail et ergonomie du CHU Pitié-Salpêtrière dont étaient responsables respectivement Michel Pottier et Hugues Monod.

Récemment, Jean François CAILLARD a pris en charge pendant quatre ans la direction d'une équipe de médecins du travail et ergonomes de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) à l'hôpital de l'Hôtel Dieu.

Avec ses convictions propres, éventuellement objets de débats, Jean François CAILLARD participe activement aux congrès de la SELF ou ses interventions toujours empreintes du souci de l'approche pluridisciplinaire de l'activité de l'homme au travail sont très remarquées.

Michel Pottier et Annie Drouin

MP : Quelles sont les raisons éventuelles susceptibles d'éclairer ton orientation vers la médecine du travail et l'ergonomie ?

JFC : Je suis né fin 1945 à Caen. J'ai vécu en Normandie jusqu'en 1972, et ai fait mes études de médecine à la Faculté de Médecine-Pharmacie de Rouen et je suis parti à Lille comme interne des hôpitaux avec le désir de faire de la rhumatologie, désir motivé par l'intérêt pour une spécialité dont l'objectif n'est pas de prolonger la vie mais plutôt d'en améliorer la qualité et d'en réduire les souffrances. Cette préoccupation liée à la qualité de vie, à une époque où je ne m'intéressais pas spécialement au travail, était fortement ancrée dans mon esprit.

Il faut dire que j'avais été relativement traumatisé par mon premier stage d'externe des hôpitaux, c'est-à-dire d'étudiant nanti de quelques responsabilités médicales, réalisé au Centre-anti cancéreux dans les services des tumeurs solides et d'hématologie. J'ai vécu (c'était en 1967) la phase de développement des chimiothérapies, marquée par l'utilisation de protocoles dont beaucoup étaient conçus à Villejuif et de la randomisation des malades, de la chimiothérapie et de la radiothérapie dont l'utilisation m'apparaissait grossière, brutale, sans rapport avec ce que les progrès réalisés permettent de faire aujourd'hui. Je me souviens du choc ressenti lorsqu'il fallait faire face à la pathologie iatrogène, les femmes qui, après une radiothérapie pour cancer du sein, mouraient étouffées non pas du cancer, mais des effets de la radiothérapie, ou les hommes atteints de cancers ORL que les perfusions intratumorales de médicaments cystostatiques faisaient hurler toute la nuit. Je me suis dit alors, avec une conscience très forte, que la solution n'était pas de guérir mais d'empêcher l'apparition de ces maladies. Alors que j'étais vierge de toute connaissance en médecine du travail puisqu'elle n'était pas enseignée à la faculté de Rouen, j'étais prédisposé à 22 ans à l'approche préventive de la santé.

MP : Parmi les cancéreux, y avait-il beaucoup de cancers professionnels ?

JFC : Je l'ignorais complètement car je n'avais encore aucune sensibilité à la médecine du travail. C'est un peu plus tard que j'ai définitivement choisi cette approche préventive et environnementale de la santé. D'ailleurs, la rhumatologie m'a entraîné aussi dans cette direction, dans la mesure où la modeste efficacité des thérapeutiques me conduisait plus à analyser les causes des maladies que j'observais qu'à prescrire uniquement des soins.

MP : As tu fait ton service militaire en qualité de médecin ?

JFC : Ce fut une deuxième étape importante en effet dans la construction de ma motivation : le service militaire en tant que médecin sur un escorteur de la Marine nationale, où je comprends très vite que la survie globale d'un bâtiment de guerre, même en temps de paix – l'effectif était de 350 marins et officiers – dépend du comportement et du sens de la responsabilité de chacun des acteurs, ce qui donne à ce corps d'armée une dimension particulière.

Pendant ce bref passage, de novembre 71 à octobre 72, je me suis attaché à faire en sorte que la vie du bord s'organise aussi dans une perspective de maintien du meilleur état de santé possible de l'équipage. La prévention primaire était un concept dont je n'avais jamais entendu parler, mais on était clairement dans une démarche de ce type, avec des choses très précises : visiter en permanence les cuisines pour lutter contre le manque d'hygiène des aliments à une époque où il n'y avait pas de climatisation, et ainsi d'éviter les diarrhées d'origine infectieuse. Lutter contre les maladies sexuellement transmissibles : je me souviens de la première escale, à Casablanca pendant une semaine, au cours d'une croisière en Méditerranée, qui amenait à mon cabinet de consultation plusieurs dizaines de cas d'infections à gonocoques. Ce fut une dure leçon qui m'avait conduit, lors de la deuxième grande campagne de navigation, cette fois-ci en mer du Nord à organiser plusieurs débats et à distribuer un gros stock de préservatifs à l'équipage avant une escale d'une semaine en Allemagne, grâce auxquels le nombre de contaminations resta très limité.

J'ai vécu très physiquement cette approche préventive de la médecine. L'organisation de la vie à bord, les manœuvres, les risques physiques sur un bateau de guerre seul au milieu de l'Atlantique dépendent vraiment d'une réflexion permanente sur l'organisation du travail, l'aménagement de l'environnement, l'anticipation des gestes, notamment lors d'opérations très dangereuses comme le remorquage d'un bateau par l'autre car la rupture d'un câble tendu à l'extrême peut tuer plusieurs personnes sur le pont. Indiscutablement, ma préoccupation d'alors était d'ordre ergonomique, à une époque où je n'avais jamais entendu prononcer ce mot.

Inutile d'évoquer les problèmes de sécurité et de fiabilité humaine sur le porte-avions Clémenceau où j'ai séjourné deux semaines. J'étais absolument surpris du contraste entre l'extrême vigilance des pilotes de chasse au briefing chaque matin tôt et les longues soirées qu'ils passaient jusqu'à une heure avancée de la matinée On m'avait dit qu'il y avait de temps en temps un accident dont on ne parlait pas... Et là, j'ai pris conscience de l'importance du facteur humain, du comportement individuel, de manière purement empirique car je n'avais, dans ce débat auquel j'allais être confronté ultérieurement sur les prédispositions, les aptitudes et les inaptitudes au travail, aucun système théorique à mettre en appui.

Puis ce fut la prise de mon poste d'interne au CHU de Lille fin 1972 et, à l'occasion de mes stages en pneumologie, mais aussi en neurologie et en rhumatologie, je soignais beaucoup de malades atteints de silicose, maladie professionnelle s'il en est, maladie qui imprégnait littéralement la vie hospitalière dans le Nord-Pas-de-Calais à cette époque. En hiver, lors des gardes de pneumologie, un grand nombre de ces mineurs silicosés arrivaient chaque jour, très souvent du fait d'un pneumothorax survenu après un effort de toux responsable de la rupture de bulles d'emphysème. Pendant l'épidémie de grippe de l'hiver 75, certains mouraient pendant leur transport en ambulance. Pendant les périodes de congés, je faisais à l'occasion des remplacements de médecine générale dans le bassin houiller, assez rarement en fait mais suffisamment pour illustrer la chanson de Jacques Brel « Ils vont du lit au fauteuil et du fauteuil au lit », c'est-à-dire que pour ces mineurs de cinquante ans, incapables de maintenir une pression artérielle d'oxygène normale, le moindre effort physique provoquait une asphyxie extrêmement difficile à supporter. J'ajoute que ces mineurs fréquentaient aussi beaucoup les consultations de rhumatologie, pour des lombalgies, des sciatiques, des périarthrites d'épaule, bref pour ce qu'on appelle aujourd'hui des troubles musculo-squelettiques. Quelque soit leur pathologie, beaucoup d'entre eux ne semblaient pas se plaindre, considérant notamment leur insuffisance respiratoire comme le prix nécessaire à payer en échange d'un métier apprécié. Cette attitude face à la

souffrance, que l'on ne savait pas alors analyser avec les outils de la psychodynamique du travail, était très frappante. Il est indiscutable que pour moi l'expérience de cette maladie, inaccessible à un traitement curatif et vis-à-vis de laquelle seul un énorme effort de prévention était susceptible d'avoir des effets, joua un peu plus tard un rôle décisif dans mon désir de me consacrer à la médecine du travail.

Parallèlement à ces expériences cliniques, je m'étais inscrit au Certificat d'Etudes Spéciales de médecine du travail à Lille, qui, avec Lyon et Paris dispensait un enseignement parmi les plus anciens en Europe. Pour moi qui avait été étudiant à Rouen où seule la médecine légale était enseignée, pas la médecine du travail, ce fut, à l'école de Marcel Marchand et de Daniel Furon une véritable révélation, celle d'une discipline médicale passionnante, totalement ancrée dans la vie économique et sociale à laquelle je m'intéressais depuis de nombreuses années et dont je percevais très clairement l'incontestable utilité, à une époque où seules les disciplines cliniques et biologiques représentaient un avenir digne d'un interne des hôpitaux.

J'eus, dès la deuxième année de mon internat, la chance d'obtenir un poste d'attaché-assistant universitaire à l'Institut de médecine du travail alors dirigé par Daniel Furon, lequel m'envoyait le 3 octobre 1973 (alors que j'avais pris mon poste le 1^{er}) parler de l'hygiène du travail devant 350 représentants syndicaux du secteur du bâtiment à Béthune. Je n'avais d'autre formation que mon CES de médecine du travail, mais rigoureusement aucune pratique de dialogue avec des partenaires sociaux. Cela s'est cependant fort bien passé, parce que nous avons d'emblée établi un terrain d'entente et que j'avais consacré beaucoup de temps à écouter.

J'ai profondément perçu à cette occasion, ce qu'Alain Wisner a bien modélisé ensuite, l'extraordinaire richesse de l'analyse du discours sur le travail. Cela me rappelle, une expérience tout à fait similaire lors d'une mission en Thaïlande en 1989, organisée à l'initiative du professeur Malinee Wongpanich, professeur de santé publique, directeur du département de santé au travail à l'université Mahidol de Bangkok. Femme de grande notoriété dans son pays, elle avait organisé un voyage d'étude d'une semaine de 12 experts internationaux, qui débuta par deux jours d'enseignement à des syndicalistes thaïlandais du secteur de la chimie et de la pétrochimie. Venus de plusieurs endroits de Thaïlande, ils étaient réunis dans le sous-sol d'un hôtel, quasi clandestinement, pour écouter nos exposés sur les risques professionnels. Cet événement était une première dans le pays et là aussi, j'avais été très frappé par l'extraordinaire valeur du discours qu'ils tenaient sur leur travail.

MP : Quelle était la part de l'ergonomie dans les manuels de médecine du travail ? Y avait-il déjà un service d'ergonomie à ta connaissance ?

JFC : Cette question en amène à mon sens plusieurs, dans la mesure où elle a trait aux relations entre médecine du travail et ergonomie. Je dois dire, même si ce n'est pas forcément conforme à la pensée de certains, que j'ai été longtemps extrêmement perplexe quant à la séparation de la médecine du travail et de l'ergonomie comme professions différentes l'une de l'autre.

Dès mes débuts dans ma nouvelle activité, la relation entre ergonomie et médecine du travail m'est apparue d'une évidence absolue. Il n'était que de regarder le contenu des programmes d'enseignement des deux « spécialités », si l'on veut les nommer ainsi : il existe un vaste champ de recouvrement, notamment en physiologie, en psychologie, en étude de l'effet sur la santé des risques liés à l'environnement de travail, à tel point que les médecins du travail qui allaient suivre des cours d'ergonomie au CNAM disaient que c'était une bonne révision de leur programme de CES ! Ceci me permet de dire, mais l'inverse est vrai : oui il y avait de l'ergonomie dans les manuels de médecine du travail.

A la fin des années 70, j'étais très fortement imprégné du message de l'ergonomie comme étant une approche essentiellement multidisciplinaire du travail, tout comme l'est la médecine du travail elle-même : dans une faculté de médecine il n'y avait pas en effet – je pense que c'est d'ailleurs encore tout à fait vrai – d'enseignement aussi multidisciplinaire que celui de médecine du travail, où le

juriste, l'ingénieur, l'ergonome, le psychologue, le sociologue, l'économiste, etc., se succédaient devant les étudiants en médecine.

Tout ceci m'avait amené à penser – et à dire – qu'il n'y avait pas d'ergonome, mais seulement des gens qui faisaient de l'ergonomie. Cela a certainement changé aujourd'hui, mais nous y reviendrons. Ce que je peux dire par contre, c'est que l'ergonomie m'était apparue très vite comme une dimension fondamentale de la prévention des risques professionnels et de la promotion de la santé au travail dans la mesure où, si l'on accepte la terminologie de l'Organisation Mondiale de la Santé qui distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire, l'ergonomie recouvre la presque totalité du champ de la prévention primaire.

Cette perception, je la dois aussi au fait que j'ai eu beaucoup de chance d'apprendre la médecine du travail auprès de Daniel Furon à Lille car il fut sans nul doute le premier enseignant à utiliser le mot « ergonomie » et à en définir le concept dans la pratique professionnelle du médecin du travail. D'autres lui emboîtèrent le pas, mais ce ne fut pas le cas dans toutes les facultés de médecine il faut l'avouer.

Derrière la théorie, la pratique imposait également cette vision. Je me souviens d'une des premières enquêtes d'accident de travail dont j'ai été chargé en tant que médecin conseil de l'OPPBTP (le fracas de la mandibule provoqué par la poignée d'un rouleau compresseur individuel résultant très directement d'une mauvaise conception de cette machine) dont la conclusion était que seul un travail coopératif avec les ingénieurs concepteurs était susceptible de supprimer définitivement ce type d'accident. Ainsi l'analyse du travail entrainait-elle – dans cet exemple, hélas, à posteriori – de manière systématique dans une pratique de prévention. De tels exemples ont été innombrables et, plus tard sous l'influence remarquable de Norbert Vieux, médecin du travail de la raffinerie Shell dans la banlieue de Rouen, je m'attachais, en ayant recours notamment, à l'imagerie (diapositives et films vidéo), à illustrer une véritable sémiologie des conditions de travail et des risques en entreprise, faisant de l'analyse d'activité une étape préalable à toute proposition de réduction des risques.

Au laboratoire de l'Institut de Médecine du Travail de Lille, Daniel Furon avait le premier introduit l'usage de l'électrocardiographie continue pour la mesure de la charge de travail. Le grand nombre d'études de terrain réalisées et l'innovation technologique que cela représentait à l'époque eurent pour effet de cristalliser en quelque sorte tout un ensemble d'activités dans ce qui devint un véritable laboratoire d'ergonomie, complété ensuite du GERN, le Groupement d'ergonomie de la région du Nord, prélude, pas mal d'années après, au groupement d'intérêt public CERESTE qui est aujourd'hui le principal pôle universitaire de recherche en médecine du travail en France. Francis Six, qui travaillait dans le service d'ergonomie des Houillères du Nord-Pas-de-Calais et Jean-Pierre Knockaert, entre autres, furent des membres pionniers de ce laboratoire que, pour ma part, je quittais fin 1976 pour partir à Caen créer le service hospitalo-universitaire de médecine du travail et développer l'Institut de médecine du travail démarré quelques années auparavant par Joseph Perret, médecin de l'entreprise Moulinex. Joseph Perret, à l'instar de Norbert Vieux, avait très largement mis en œuvre les méthodes de l'ergonomie dans sa pratique quotidienne et c'est tout naturellement qu'ensemble, nous avons accueilli en 1977 Nicole Carlin, qui créa l'enseignement d'ergonomie, initia des recherches et développa une activité de consultant, tout cela sous le label du GERES.

MP : En dehors de l'aspect corporatiste et en évitant la schématisation, par rapport à l'ergonome, comment conçois-tu le rôle de médecin du travail ? Est-ce celui qui va poser des questions à l'ergonome ? Est-ce celui qui va peut-être les résoudre aussi ?

JFC : Malgré ce que j'ai dit plus haut « il n'y a pas d'ergonome, il n'y a que des gens qui font de l'ergonomie », force est de reconnaître qu'au cours de ces 25 dernières années on a vu s'identifier la profession d'ergonome, et que ceci s'est fondé à la fois sur une connaissance et des méthodes spécifiques et sur la démonstration faite au plan national et au plan européen de la réalité d'une telle spécificité de métier. Ceci est à mettre au crédit des ergonomes eux-mêmes, et de la SELF qui a, je

crois, beaucoup œuvré en ce sens. On ne peut qu'éprouver de l'admiration et de l'estime pour tous ceux qui ont travaillé à obtenir ce résultat.

Au cours de ces années on a également assisté, dans tous les domaines ou presque, et notamment dans celui de la santé au travail, à une considérable augmentation en quantité et en complexité des connaissances scientifiques et techniques ; les exigences des « clients » et des partenaires impliqués ont cru, et les méthodes d'intervention pour résoudre les problèmes se sont également complexifiées. C'est ce mouvement qui a donné naissance au concept d'équipes multidisciplinaires de santé au travail, concept que la réglementation française sur la prévention des risques professionnels aura mis exactement 20 ans à reconnaître, puisque c'est la convention 169 du Bureau International du Travail qui l'a recommandé pour la première fois en 1985 ! Le règne des « généralistes » a du faire place petit à petit à celui des spécialistes de plus en plus pointus et il est apparu en effet qu'on ne pouvait pratiquement pas, sauf cas exceptionnels, exercer en même temps le métier d'ergonome et celui de médecin du travail, mais qu'indiscutablement ces deux métiers sont complémentaires.

MP : Alors comment peut-on envisager leur coopération et qui pose les questions ?

JFC : Une chose est sûre, c'est que le médecin du travail est obligatoirement présent dans toutes les entreprises, nonobstant les différents types d'organisation des services (d'entreprises ou inter-entreprises). Le code du travail lui confère des responsabilités pleines et entières en matière de prévention des risques professionnels, et il doit les assurer : il s'agit d'une part de la surveillance de la santé des salariés, qui suppose au préalable une analyse des risques qu'il mène à la fois en propre (la fiche d'entreprise) et en tant que conseiller de l'employeur (le document unique d'évaluation des risques), et des avis et recommandations qu'il doit en principe formuler pour tout ce qui concerne la vie au travail, les risques, les conditions de travail etc... Le problème est qu'assumer toutes ces missions dans le temps qui lui est réglementairement imparti est parfaitement impossible et qu'il doit donc être aidé. J'ajoute que l'exercice de la profession de médecin du travail est extrêmement contraint par un vaste ensemble de décret, de circulaires et d'instruction techniques, et que sa marge de manœuvre est relativement réduite, alors même qu'on lui demande chaque année de dessiner un plan d'activité qui tienne compte des risques présents dans l'entreprise.

En face, l'ergonome, s'il ne peut intervenir qu'à la suite d'une demande décidée par l'entreprise, ne subit aucune de ces contraintes et jouit d'une très grande souplesse dans ses modes d'interventions ; cela est tellement vrai qu'il est très souvent amené à reformuler la demande qui lui est faite. Les méthodes d'analyse d'activité qui ont été, sinon standardisées, du moins élaborées avec minutie par la profession lui sont utiles pour l'élaboration de son diagnostic et des solutions qu'il préconise, et son apport est, me semble-t-il, particulièrement important lorsqu'il s'agit de pénétrer la « boîte noire » de l'organisation du travail, dont on sait qu'elle recèle une bonne parties des clefs nécessaires à la résolution des problèmes de santé. Mais à la différence du médecin du travail, qui assure une présence au long cours dans l'entreprise, et en dehors ce celles dont la grande taille le permet, l'ergonome n'y est habituellement présent que le temps de sa mission.

On comprend donc bien quelles sont les complémentarités qui peuvent s'exercer entre ces deux acteurs : dans le cas classique – ce qui ne veut pas dire que ce soit forcément le plus fréquent – on peut comprendre qu'il appartienne au médecin du travail, dans le cadre de sa collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'entreprise, de mettre en évidence des problèmes qui justifient l'appel à l'ergonome, et à ce dernier, une fois qu'il est appelé (et que le financement de son intervention ait été provisionné) de décider, en toute autonomie de la façon dont il mène à bien ses propres opérations. L'expérience de chacun démontre que de la qualité du dialogue entre ces deux partenaires dépend bien souvent la qualité des réponses apportées, surtout si cette qualité se mesure sur le moyen voire le long terme. Un modèle de ce type de coopération qui s'est largement développé depuis la fin des années 80 grâce aux financements apportés par l'AGEFIPH, est celui des aménagements de situations de travail pour les salariés atteints de perte de capacité de travail dans le cadre du maintien à l'emploi.

Mais bien entendu, il n'est pas rare de voir l'ergonome intervenir à la demande directe de l'entreprise sans que le médecin du travail ne soit impliqué, voire même sans qu'il en soit informé. Il est alors de

bonne pratique – je ne dis pas hélas que ce soit systématiquement le cas – dans un souci d'efficacité, que l'ergonome prenne alors contact avec le médecin et qu'ensemble ils échangent leurs connaissances des situations rencontrées.

La réforme de la médecine du travail et le décret récent sur la multidisciplinarité devraient faire évoluer ce cadre de coopération. Pour ma part, et de manière très vive, je plaide pour une entrée la plus large possible des ergonomes dans la fonction d'IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels) car je considère leur apport essentiel, ce d'autant que les déterminants socio-organisationnels des atteintes à la santé sont aujourd'hui de plus en plus prégnants. Il est bien entendu nécessaire – mais cela ne se décrète pas, cela se travaille – que les règles de coopération que je décris plus haut soient absolument intégrées dans les comportements des uns et des autres. La méthodologie de conduite de projet peut, à mon avis, être d'une aide précieuse : je pense qu'il est parfaitement envisageable que le chef de projet puisse être tantôt le médecin du travail, tantôt l'ergonome, voir l'ingénieur ou le technicien de sécurité ou le psychologue, le choix s'opérant en fonction de la thématique du projet ; cette méthodologie a le grand mérite de rendre quasiment obligatoire le travail en coopération.

MP : Dans les entreprises cela s'est plus que convenablement développé, peut-être un peu moins en CHU.

JFC : Les CHU sont en retard sur tout ce qui concerne la gestion des risques professionnels par rapport à la plupart des entreprises de leur taille, alors même qu'il s'agit d'une industrie de main-d'œuvre et que les situations à risque pour le personnel y sont nombreuses. Il me semble que ceci est en train de changer, les directions ayant compris que la qualité et la sécurité des soins sont intrinsèquement liées aux conditions dans lesquelles les personnels les prodiguent, et que les importantes réformes en cours (nouvelle gouvernance – création de pôles d'activité, tarification à l'activité) ne peuvent être entreprises sans une prise en considération attentive des facteurs humains. J'en veux pour exemple l'attitude de l'Agence régionale d'hospitalisation de Haute-Normandie qui a créé un groupe de travail ad hoc centré sur les questions de santé et de conditions de travail dans l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, à la suite de la publication des résultats de l'enquête européenne NEXT (Nurses Early Exit Study) et de ceux concernant la partie française PRESST (PRomouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au Travail). Je pense aussi, bien que je ne connaisse pas l'état d'ensemble de la situation aujourd'hui, qu'un certain nombre de grands établissements hospitaliers se sont dotés d'ergonomes ; c'est le cas au CHU de Rouen, ce qui nous permet de réaliser pleinement la coopération à laquelle je faisais allusion plus haut. Par contre, pendant mes 4 années à la tête du Service central de médecine du travail de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, cette coopération fut quasiment impossible à réaliser avec la Délégation aux conditions de travail, où étaient situées à l'époque une équipe d'une douzaine d'ergonomes, mises à part des ententes ponctuelles entre quelques-uns d'entre eux et tels ou tels médecins du travail.

Au CHU de Caen, mon successeur Marc Letourneux, lorsqu'il s'est vu confier la responsabilité du service de médecine du travail du personnel, dont je n'étais pas en charge, a également favorisé le développement d'une ergonomie hospitalière, même si ses travaux personnels l'avaient plutôt dirigé vers la pathologie professionnelle de l'appareil respiratoire, dans cette Basse-Normandie, comme la Haute, très marquée par la crise de l'amiante.

MP : Pour la petite histoire, qui avait posé le problème de l'amiante au CHU de Caen ?

JFC : D'après ce qu'on m'avait dit quand je suis arrivé à Caen en 1976 et ce que j'ai pu constater, les médecins pneumologues du CHU de Caen s'intéressaient à l'amiante depuis longtemps, comme ceux du CHU de Rouen. Pierre Lemercier, professeur de pneumologie à Rouen fut l'un des premiers, si ce n'est le premier, je crois, à organiser en France un congrès international sur la question de l'amiante.

Jacques Leménager à Caen a également joué un rôle important, mais avant lui le Doyen Porin, que je n'ai pas connu, avait aussi beaucoup travaillé sur les maladies respiratoires causées par l'amiante. Mais ces médecins tout à fait éminents étaient des cliniciens, et non des spécialistes de santé publique ; ils se sont consacré à l'analyse de la pathologie et de son évolution, ont développé des procédures diagnostiques et thérapeutiques, mais ils ne sont pas intervenus sur les causes, c'est-à-dire l'exposition des salariés des usines du groupe Ferodo dans la vallée de Condé sur Noireau et ils ne se sont pas sentis investis d'une responsabilité de prévention vis-à-vis de cela.

On ne peut pourtant pas dire qu'ils n'ont pas joué ce qu'on appelle aujourd'hui un rôle d'alerte, mais il est resté, pour autant que je sache, confiné au sein des sociétés savantes et n'a pas été suffisamment transmis à la société civile.

MP : Que s'est-il passé à l'usine Férodo ?

Là encore, avant fin 1976, je n'ai pas été témoin des événements. Il semble que ce soit au départ un mouvement de contestation étudiante qui ait été à l'origine de manifestations diverses, dont la saisie de dossiers de malades hospitalisés, et qui ait abouti à la mise en débat public de la morbidité liée à l'amiante, question énorme qui n'avait jamais été posée de la sorte. A la même époque, un pneumologue comme Jean Bignon, au Centre hospitalier intercommunal de Créteil et un chercheur comme Henri Pézerat au CNRS faisaient émerger, au plan national, cette question de l'amiante. Leur rôle fut considérable pour alerter l'opinion publique, les professionnels de santé, les entreprises, les autorités publiques.

Pour ma part, lorsque je suis arrivé pour prendre mes fonctions en médecine du travail au CHU de Caen, très sensibilisé à cette question par mon expérience lilloise, je me suis positionné d'emblée sur le champ de l'amiante, d'abord en visitant les entreprises, en compagnie de Jacques Leménager, chef du service de pneumologie au CHU, en analysant les dossiers des salariés avec le médecin du travail, en créant au CHU une consultation multidisciplinaire qui était très novatrice à l'époque puisqu'elle associait le radiologue, le pneumologue, le physiologiste et le médecin du travail autour de chaque dossier présenté par le médecin de l'entreprise dans le but d'évaluer l'importance de la pathologie, de préciser la thérapeutique à poursuivre et de conseiller sur les mesures d'éviction au risque. Cette consultation était aussi une importante mesure d'appui à la prévention primaire, dans une entreprise qui, quand je suis arrivé, avait déjà depuis quelques années mis en œuvre d'importantes mesures de réduction des expositions, notamment grâce aux procédés de mouillage des fibres. Il n'en restait pas moins que les salariés avaient été antérieurement exposés à de très fortes doses de fibres, et qu'il était essentiel de mettre en place des programmes de dépistage précoce, dans le double but d'arrêter la poursuite de l'exposition, de proposer d'éventuelles mesures thérapeutiques, et de contribuer à faire reconnaître, et donc indemniser les maladies professionnelles ainsi diagnostiquées.

C'est ainsi que, le premier en France avec mon collègue Pierre Catilina de Clermont-Ferrand, j'ai développé le programme de surveillance post-professionnelle des anciens salariés de l'amiante, grâce à une modeste subvention du ministère du travail, en 1977, programme qui a connu un développement tout à fait considérable à ce jour, les régions de Haute et de Basse Normandie faisant partie depuis 3 ans du programme national d'expérimentation de ce dispositif. J'avais introduit dans ce programme, avec l'aide du Dr Marc Letourneux qui commençait à se passionner pour ce domaine une dimension encore plus expérimentale : le dépistage du cancer bronchique par analyse de la cytologie d'expectoration chez ces sujets à plus fort risque puisqu'il s'agissait de salariés anciennement exposés à l'amiante et fumeurs.

Mais il ne s'agissait pas là véritablement d'ergonomie, au sens habituel du terme, mais bien de prévention des maladies professionnelles.

Au CHU de Caen, à la fin des années 70, le mot « ergonomie » et ce qu'il contient s'est fait connaître à partir de ton propre laboratoire de physiologie d'une part, à partir de la consultation de pathologie professionnelle et d'aptitude au travail que j'avais développée dans le service de médecine interne et

de rhumatologie du professeur G.Loyau d'autre part. La matinée hebdomadaire consacrée aux troubles musculo-squelettiques – il s'agissait plus particulièrement de lombalgies à l'époque – était essentiellement centrée sur des conseils de type ergonomique, conseils donnés à l'individu qui consultait, mais également à l'occasion de contacts pris avec le médecin du travail de l'entreprise afin d'y susciter une action préventive à partir de l'analyse du travail.

Lorsque je suis arrivé au CHU de Rouen, j'ai poursuivi mon action dans le sens d'une intégration de la démarche ergonomique dans l'activité des médecins du travail. Cela s'est manifesté dans le secteur de la médecine du travail du personnel du CHU et dans le cadre de la consultation de pathologie professionnelle ouverte sûr l'ensemble de la région et bien sur à travers l'enseignement de la médecine du travail aux futurs spécialistes, mais aussi – et à cela je tenais beaucoup – aux étudiants de 5^{ème} année, futurs médecins de famille.

Dans le cadre de la médecine du travail du personnel hospitalier, un exemple, pas le plus heureux d'ailleurs, illustre les difficultés que nous avons rencontrées lorsque nous avons réfléchi ensemble, avec toi, à la fameuse enquête sur les relations entre travail posté à l'hôpital et santé. Je m'étais aperçu, et nous l'avons vérifié à nouveau à l'Assistance Publique à propos d'un gros travail sur santé et aménagement du temps de travail, que cette thématique « temps de travail et santé » est, sur le plan épidémiologique, une des plus complexes à appréhender car il existe un très grand nombre de facteurs de confusion dont le principal est lié à la difficulté de connaître la réalité de l'horaire effectivement suivi par un agent. Si la différence entre travail théorique et travail prescrit existe, c'est bien en matière d'horaire de travail : nous nous étions aperçu que les plannings que nous donnait l'administration n'étaient absolument pas ceux qui étaient mis en œuvre dans les services. Il devenait donc extrêmement difficile d'aboutir à des conclusions précises.

MP : Ce n'est sûrement pas un fait du hasard si le problème des horaires de travail et du travail posté avait été posé au congrès de la Self en 1983. C'était un des thèmes majeurs.

JFC : C'est pour cela qu' au cours des 4 années que j'ai passées comme coordonnateur de la médecine du travail à l'AP-HP et professeur à Paris 6, à la faculté Saint-Antoine, j'ai tenté d'œuvrer, et je pense que tout espoir n'est pas tari, avec la collaboration d'un de mes anciens élèves, Damien Léger, chef du laboratoire du sommeil à l'Hotel-Dieu et également spécialiste en santé au travail, à ce que se développe à la Faculté Saint-Antoine et à l'Assistance publique une nouvelle dimension de la physiologie du travail qui étudierait avec une approche médicale, physiologique et psychologique, ergonomique, épidémiologique et sociologique la relation entre santé physique et psychique, travail et temps, temps pris dans toutes ses dimensions et non pas seulement comme c'est le cas aujourd'hui où l'on n'étudie presque exclusivement que le travail de nuit ou le travail posté. Il me semble que c'est vraiment l'avenir de la physiologie du travail qu'il faut repenser ainsi, pour faire suite aux travaux de la grande école de physiologie du travail de J. Scherrer et H. Monod à la Pitié-Salpêtrière.

A l'hôpital, cette notion de relation avec le temps – la réduction du temps de travail ayant encore rendu la question plus complexe - me semble de tout premier ordre dans le domaine de la santé au travail et de l'ergonomie. Cela s'inscrit dans ce grand chapitre de l'ergonomie hospitalière qui s'est ouvert, notamment à ton initiative et à celle d'Hugues Monod, et qui avait été inscrit comme thème du 15^{ème} congrès de la SELF à Paris en 1979, puis plus tard en 1991, a donné lieu à un colloque international organisé par Madeleine Estry-Béhar, dont l'apport à la fois scientifique et « militant » a été considérable en France et dans le monde, et que j'ai appelée au Service central de médecine du travail de l'AP-HP en 2002, pour assurer la réalisation, pour la partie française, d'une vaste étude européenne sur la perception, par les personnels soignants de 10 pays, des relations entre leurs conditions de travail, leur santé et leur désir, de poursuivre leur carrière de soignants.

MP : En dehors de l'ergonomie hospitalière, quels ont été tes autres champs de coopération avec l'ergonomie, notamment dans le domaine de l'enseignement?

JFC : J'ai évoqué plus haut la venue à Caen de Nicole Carlin et la création de son groupement d'ergonomie, le GIRES. Outre le développement aujourd'hui pérenne qu'elle lui a donné, Nicole a beaucoup contribué à la formation en ergonomie de nombreux professionnels, dont les médecins du travail formé à Caen et à Rouen.

Cette formation en ergonomie, je l'ai pour ma part beaucoup encouragée, après la réforme des études médicales de 1982-83, auprès des internes dont j'avais la charge. Plusieurs d'entre eux ont obtenus des titres d'ergonome, notamment au CNAM à Paris, et certains ont par la suite poursuivi dans cette voie. Ce fut le cas d'une de nos internes, Isabelle Ragazzini, qui, avant de rejoindre le service de santé au travail d'une compagnie pétrolière, a installé une activité d'ergonomie au sein du service de médecine du travail au CHU de Rouen, activité qu'elle a dû interrompre parce que, malgré ses grandes qualités personnelles et professionnelles, la communauté hospitalo-universitaire de mon CHU n'a pas voulu à l'époque, que soit créé un poste de titulaire en ergonomie. Une autre des anciennes internes du service, Caroline Neyrat, ingénieur en ergonomie et médecin du travail, s'est vu récemment confiée la responsabilité de la politique de santé au travail d'un des plus gros services interentreprises de Normandie, grâce précisément à cette double compétence. Nous sommes là dans le cadre d'une ergonomie portée par un médecin, dans l'efficacité de laquelle je dois pour ma part beaucoup.

Au début des années 90, une autre expérience dans mon service a été la création, dans le cadre des plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés, d'une « Cellule opérationnelle de maintien dans l'emploi », financée par le ministère du travail et l'AGEFIPH, dans laquelle une, puis deux ergonomes ont été embauchées et on travaillé, au sein du vaste réseau de professionnels impliqués dans ce domaine, de manière très proche des médecins du travail. Une recherche menée auparavant nous avait bien montré à quel point les médecins du travail se sentaient motivés mais démunis face à l'insertion et au maintien à l'emploi de salariés en situation de handicap, alors que cela rentre dans leur champ de responsabilités ; l'apport des ergonomes a été considérable à la fois par leurs compétences propres et par leur disponibilité en temps, temps impossible à dégager pour un médecin par ailleurs chargé de multiples missions. L'expérience ainsi capitalisée nous a permis ensuite d'organiser quelques colloques et conférences, dont l'une, les « Premières assises du handicap en milieu de travail », fin 1992, rassembla plus de 500 participants venus de tous les horizons, médecins du travail, ergonomes, psychologues, administratifs, responsables de ressources humaines, associations de personnes handicapées...

Plus tard, à l'AP-HP, j'ai pu m'impliquer largement dans la mise en œuvre du protocole sur l'insertion des personnels handicapés dans cette grande entreprise de 90 000 salariés grâce à cette expérience, et là encore, la collaboration des ergonomes pour la mise en œuvre de solutions durables est apparue indispensable.

D'autre part, à Rouen entre 1979 et 1990, j'ai, avec mes collaborateurs, participé à l'enseignement d'ergonomie et de psychologie du travail qui était organisé par nos collègues de l'UFR de Psychologie. C'était un diplôme qui était plus à mon sens un diplôme de sensibilisation à l'ergonomie que de professionnalisation, mais j'ai retrouvé plus tard des élèves de cet enseignement, qui ont poursuivi leur formation en ergonomie et qui ont maintenant des places importantes.

Enfin je voudrais signaler un autre champ de collaboration, très étendu géographiquement celui-là, entre la médecine du travail et l'ergonomie.

La chance m'a été donnée d'assurer, entre 1990 et 2000, tout d'abord la vice-présidence, puis pendant 7 ans, la présidence de la Commission internationale de santé au travail. Cette association, la plus ancienne dans le monde puisqu'elle célèbre cette année à Milan son centenaire, compte environ 1700 membres répartis dans près d'une centaine de pays. Ils sont pour la plupart médecins du travail, mais aussi ingénieurs, ergonomes, inspecteurs du travail, infirmières ... en fait je crois que toutes les professions de la santé au travail y sont représentées. L'objectif est, par l'organisation de manifestations scientifiques globales (les congrès triennaux) ou ciblées sur des sujets spécifiques (plus

d'une dizaine de colloques, conférences et séminaires internationaux chaque année), de stimuler la recherche en santé au travail, dans toutes ses dimensions.

Ayant, si je peux dire, un pied dans la médecine du travail et un autre dans l'ergonomie, il m'a semblé très utile de réaliser un rapprochement avec une autre société scientifique et professionnelle, l'Association internationale d'ergonomie, dont le mode d'organisation est différent mais dont les objectifs sont très proches, dans un but de concertation et d'échange, mais aussi dans celui de renforcer, auprès des organisations internationales notamment (Organisation mondiale de la santé, Bureau international du travail), la force des recommandations issues des travaux publiés, et enfin d'optimiser les faibles, ou en tous cas insuffisantes ressources destinées à promouvoir les programmes de prévention des risques professionnels dans les pays émergents et nouvellement industrialisés. Cela a pris un certain temps (premiers contacts dès septembre 1990, à Montréal, avec le président de l'IEA de l'époque), mais nous avons pu signer, en 2000, un « Memorandum of Understanding » au terme duquel les deux organisations ont pris la résolution d'échanger, de communiquer et de réfléchir aux actions à mener en commun. Je suis très fier d'avoir réussi cela, par contre plus dubitatif sur le caractère opérationnel de cet accord, bien que je sache qu'il a suscité un certain nombre de coopérations, grâce à la volonté individuelle de membres appartenant à chacune des deux organisations.

C'est aussi ce souci de collaboration qui m'a amené à accepter la présidence du Conseil consultatif d'orientation de l'ARACT de Haute-Normandie dès sa création en 1998 et jusqu'à ce jour. Les ergonomes sont très présents dans les ARACT, et je suis séduit par la déontologie qui préside aux interventions : elle suppose une écoute attentive et un respect des intérêts de l'ensemble des partenaires à l'intérieur des entreprises, et un principe de transparence de l'action. Je suis séduit aussi par l'esprit de collaboration avec les médecins du travail, qui s'est manifestée entre autre récemment en Haute-Normandie à l'occasion d'une journée de concertation sur les cancers professionnels.

C'est peut-être sur ce dernier point que je pourrais conclure. Pour moi médecin du travail, les problèmes que nous avons à résoudre nécessitent impérativement des compétences multiples qui ne peuvent être réunies chez une seule personne. Nous sommes à une époque sans doute difficile, du fait des tensions dans le monde des entreprises liées à la fois à la concurrence entre elles et aux nouveaux modes d'organisation du travail, mais aussi riche d'opportunités nouvelles. Parmi celles-ci, et soutenue par la réglementation, il y a l'encouragement à développer des réseaux de professionnels, et c'est tout naturellement que les médecins du travail doivent se tourner vers les ergonomes. Il est vraisemblable que la construction d'un véritable travail en collaboration a plus de chances de réussir si des habitudes sont prises le plus précocement possibles : c'est la raison pour laquelle c'est dès le stade de la formation qu'il faut agir en mettant ensemble au cours de l'apprentissage, ceux qui sont ou qui deviendront médecins du travail ou ergonomes. La formation à la recherche devrait bénéficier du même principe de collaboration, à appliquer en fonction des thématiques bien entendu, et sans doute beaucoup plus aisément dans des projets de recherche-action.

Servir les intérêts des individus sans négliger ceux de la collectivité – l'entreprise étant aussi une collectivité – est l'objectif des ergonomes comme celui des médecins du travail. La connaissance scientifique disponible est l'instrument majeur sur lequel chacun peut compter pour, malgré les incertitudes et l'évolution permanente du savoir, être capable d'assumer ces objectifs qui, dans certaines circonstances, sont volontiers contradictoires. Mais il faut aussi de la méthode et du talent. C'est un peu à la construction en commun du talent que je souhaite appeler.

Extrait d'un entretien avec Michel Pottier du 26 juillet 2002.

