

Pierre JANSOU

Entretien réalisé par Annie Drouin et Francis Six.

Pierre Jansou est éclairé et éclairant. Toute discussion avec lui permet de voir les perspectives et les enjeux qui s'offrent à la médecine du travail de demain. Pierre Jansou a la culture de l'échange pluridisciplinaire. Avec lui, la discussion entre ergonomie et médecine du travail apparaît comme une évidence stimulante et motivante pour développer la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail. Il a intégré l'ergonomie dans sa pratique de médecin du travail et la discussion avec lui ne conduit pas uniquement à apprécier ses compétences, mais nous enrichit nous-mêmes de perspectives et d'idées que l'on ne pourrait pas développer sans son art de la discussion sur le travail.

Irène Gaillard

Je suis médecin du travail depuis 36 ans. Né en 1948, pendant mes études secondaires et médicales je m'intéresse plus particulièrement aux sciences humaines et sociales même si elles étaient peu développées au lycée comme dans les facultés de médecine.

Ensuite dans la deuxième partie des années 70, je me suis installé comme généraliste dans le département du Gers. Comme médecin de campagne, je faisais de nombreuses visites à domicile cela me permettant de faire le lien entre la santé et le cadre de vie des patients. Après cela pour des raisons familiales, étant donné que j'avais le CES de médecine du travail en poche, j'ai trouvé un poste de médecin du travail à Toulouse et cela depuis 36 ans.

Mon premier acte en tant que médecin du travail a été une déclaration d'aptitude, alors que je suis contre l'aptitude. Pour moi, qu'il s'agisse d'aptitude ou d'inaptitude, c'est de la sélection. Il y a toujours eu cette ambiguïté en médecine du travail entre l'aptitude-réparation et la prévention. On voit bien que l'on ne peut pas faire de la prévention avec l'aptitude, c'est deux logiques différentes.

J'ai commencé la médecine du travail pour des raisons purement alimentaires et, comme j'avais été médecin généraliste, j'ai tout de suite vu que de s'occuper uniquement de la santé des salariés en tant que médecin du travail, cela ne menait pas à grand-chose. Il fallait bien passer le temps, alors je discutais avec les salariés de leur travail et j'ai trouvé cela très intéressant. Comme en médecine du travail, on a le tiers-temps qui nous donne la possibilité d'aller sur le poste de travail, j'ai fait tout de suite le lien entre ce que l'on me disait dans le cabinet médical (le temps médical) avec ce que je pouvais aller voir ou entendre au poste de travail (le temps non médical).

Q : Vous avez conjugué le discours singulier dans le cabinet médical et profiter du tiers temps pour aller voir les situations de travail ; quelle attitude avaient les salariés quand vous alliez vers eux ? Ils vous voyaient toujours comme un médecin du travail ou ils vous voyaient autrement ?

PJ : En préambule, je dirais qu'il y a très longtemps que je ne mets plus de blouse blanche aussi bien au cabinet médical qu'au poste de travail. D'abord, ils étaient très heureux de me voir. Ils disaient « *Ce n'est pas trop tôt que vous venez* ». Le seul problème que j'ai rencontré, c'est que le tiers-temps est limité. À l'époque, on avait 3.300 salariés à surveiller et on ne pouvait pas aller, chaque année, 3.300 fois sur les postes de travail. Nous y allions quand il y avait des difficultés. J'ai remarqué que dans le cabinet médical le salarié présente

son corps « *J'ai mal à telle articulation... Je ne dors pas bien...* ». Au poste de travail, il parle de ce qu'il fait. Par exemple, si quelqu'un me disait « *J'ai mal au dos* » dans le cabinet médical, quand j'allais au poste de travail, il me montrait tout de suite la charge qu'il devait soulever et il me disait « *Vous trouvez ça normal que l'on ait cette charge à soulever ?* ». Les salariés avaient donc deux discours complémentaires en fonction du lieu où ils étaient énoncés.

À ce niveau de notre entretien on peut parler du manque d'efficacité de la médecine du travail... Ce manque d'efficacité provient du fait que si on s'intéresse d'abord à la santé on parle peu du travail. Par contre, si on parle d'abord du travail, des difficultés que l'on peut y rencontrer et de ses effets sur la santé, c'est beaucoup plus logique. Cela permet au médecin du travail d'avoir une certaine compréhension du poste de travail et de faire de temps en temps, mais trop rarement, quelques propositions d'amélioration ou d'aménagement. Donc pour être plus efficace, j'ai compris qu'il fallait d'abord s'intéresser au travail avant de s'intéresser à la santé. Aujourd'hui dans ma pratique, j'ai transformé la visite médicale en entretien professionnel médicalisé « *Parlez-moi de ce que vous faites* ». Mon entretien est basé sur quatre questions : « *Qu'est-ce que vous faites ?* », « *Quelles en sont les difficultés ?* », « *Comment vous faites face à ces difficultés ?* », « *Est-ce que ces difficultés ou de faire face à ces difficultés à un effet sur votre état de santé ?* ». Avec ces questions, on tient une demi-heure facile.

Q : Est-ce que vous avez le droit de le faire ?

PJ : La médecine du travail doit soigner le travail pour soigner le salarié. Il faut dire que dans 90 % des cas, cela se passe bien au travail et il y a beaucoup de salariés qui ne comprennent pas pourquoi ils doivent venir à la visite médicale car ils savent que le médecin du travail n'est pas leur médecin traitant. S'ils ont un problème de santé qui n'est pas lié au travail, je leur dit simplement d'aller voir leur médecin traitant et s'ils n'en ont pas, c'est l'occasion d'en avoir un. De toutes les façons, je ne peux pas faire de prescription. De plus je ne fais pas de la santé publique au travail car si on en fait nous n'avons plus le temps de nous occuper du travail. Ainsi jusqu'au début des années 90, quand on a dépisté la tuberculose, alors qu'il n'y avait plus de tuberculose au travail, on a laissé passer l'amiante, n'ayant pas les outils adéquats. Le dépistage de la tuberculose était surtout de la santé publique. Aujourd'hui, on essaie de nous faire faire de la santé publique : le tabac, l'alcool et bientôt les affections cardiaques. Bien entendu, il faut traiter le tabac et l'alcool, mais ce n'est pas le rôle du médecin du travail... Je pense que le médecin du travail, doit s'occuper de la morbidité et de la mortalité liées au travail.

À partir de ce constat, je me suis tourné vers l'ergonomie. On avait eu une petite formation en ergonomie lors du CES de médecine du travail. Cette formation était plus liée à la physiologie de l'effort, à la biomécanique... en bref, la physiologie développée dans l'ouvrage de Scherrer où à la fin, il y avait un peu d'ergonomie, par exemple sur les problématiques de vieillissement au travail.

Dans les années 80, j'ai eu l'occasion de m'inscrire à un diplôme d'écologie humaine : c'était un diplôme interuniversitaire européen qui refaisait en quelque sorte l'histoire de l'humanité et du travail ; dans ce cadre là, un sociologue toulousain (Gilbert de Terssac) est venu nous parler d'informatisation et d'automatisation dans l'industrie. À la fin de son séminaire, je suis allé le voir et je lui ai dit « *de mon côté, j'essaie d'étudier les postes de travail mais je sens que cela ne marche pas très bien* ». Il m'a proposé de nous retrouver un peu plus tard pour en parler. En fait, j'observais un poste de moulage de semi-conducteur et je n'arrivais pas à mettre de l'ordre dans tout ce que je voyais et à classer les éléments que je recueillais soit dans les entretiens soit dans les observations. Il m'a donné le compte-rendu d'une

intervention ergonomique qu'il avait fait sur les ardoisières du Tarn, une industrie en déclin. Dans cette intervention, il décrivait le tour de main des ardoisiers pour fendre les ardoises. Cela a été en quelque sorte mon premier livre d'ergonomie. À la fin de notre entretien il m'a proposé, d'aller 22 Grande rue de Nazareth pour rencontrer Jacques Christol, et de lui parler de mon problème. Jacques Christol me reçoit assez rapidement ; c'était la grande époque du schéma à cinq carrés qu'il m'explique en attirant mon attention sur les flèches « les flèches c'est plus important que les carrés ». Ces flèches de rétroaction correspondaient bien aux questions que je posais aux salariés « *Comment vous faites face aux difficultés* ». Du coup, j'ai classé tous les éléments de l'étude du poste en rentrant par l'humain et son contexte de travail. En médecine du travail, on parle classiquement d'étude du poste plutôt que de situation de travail, mais à partir du moment où l'on centre l'observation sur l'humain et tout ce qui va autour, le poste de travail n'est pas que géographique ; c'est là que l'on a des difficultés pour le faire comprendre au chef d'entreprise, à l'encadrement.

Voilà comment a été mon premier contact avec l'ergonomie : le schéma des cinq carrés me permettait de comprendre les situations de travail. Les années 80 ont été des années plutôt de formation ; j'ai enchaîné par le diplôme de physiologie d'Hugues Monod et de Bronislav Kapitaniak à Paris 6. Kapitaniak, bien qu'il soit un physiologiste pur et dur, nous parlait aussi de la psychosociologie américaine, de la communication nécessaire aux interventions ergonomiques. J'ai eu ensuite la possibilité de m'inscrire au DIEC de Jacques Christol qui était enseigné à l'IPST, avec Yvon Queinnec, Michel Mazeau, Gilbert de Terssac, Corinne Chabaud, ... Dans le DIEC, il y avait encore de l'ergonomie physique mais aussi tout ce qui était de l'ordre de l'intervention ; c'était les praticiens qui venaient discuter de leurs pratiques. L'intérêt de ce diplôme, c'est qu'il n'y avait pas de cours magistral, c'était un échange sachant/ sachant « *Dites-nous ce que vous faites, on vous dira ce que l'on fait* ». Evidemment, on apprenait mais on apprenait aux formateurs qui acceptaient de se mettre en position d'apprenants. C'est là véritablement que j'ai compris que l'on n'avait pas quelque chose à apporter à l'opérateur, c'est l'opérateur qui devait nous apporter ce quelque chose que nous devons respecter.

Entre temps Gilbert de Terssac m'a dit « tu adhères au RESACT ». Ce que je fis immédiatement. Le plus formateur pour moi a été de suivre pendant 3 ans toutes les journées du RESACT (environ une vingtaine) où venait des intervenants tels que Jacques Leplat, Alain Wisner...

Les années 80, c'était aussi l'époque des lois Auroux ; on parlait beaucoup de la question du participatif, du droit d'expression des salariés mais aussi des transferts de technologie auxquels j'On se posait la question de « À quoi sert l'ergonome ? ». L'ergonomie devenait une maïeutique et l'ergonome était là uniquement pour réunir un groupe, le faire « accoucher » de ses savoir-faire et de les faire partager. On me reproche parfois de favoriser le dialogue singulier au poste de travail au détriment de l'observation et d'être trop tourné vers le participatif. C'est vrai que l'on ne dit pas la même chose dans le dialogue singulier et dans le dialogue collectif. Il faut dire que dans les années 80, le RESACT, Jacques Christol à juste titre était contre les cercles de qualité qui étaient systématiquement instrumentalisés par l'entreprise. Par exemple, j'étais dans une grande entreprise américaine où, en même temps que l'application des lois Auroux, il y avait automatiquement les cercles de qualité pour contrer les lois Auroux. Les cercles de qualité ont pu représenter une dérive mais on pouvait les utiliser si on voulait aller plus loin en allant sur le poste de travail. C'était le rôle du médecin du travail avec déjà les infirmier(e)s qui avait compris la démarche. On allait vérifier ce que l'on nous disait dans le creux de l'oreille tout en préservant le secret médical et le salarié... dès que l'on pouvait le faire, on le faisait.

Q : Encore fallait-il être capable d'avoir un esprit critique par rapport aux cercles de qualité. C'était tellement bien enrobé que le travail n'apparaissait plus.

PJ : Tout à fait, ils étaient orientés, la communication était verrouillée. En médecine du travail, il fallait être un peu plus malin, il fallait faire comme un judoka et se servir de la force de l'adversaire ; on va prendre les informations là où on le peut sans pour autant adhérer au système.

Q : À cette époque, en tant que médecin du travail, quelle était l'attitude des responsables de l'entreprise lorsqu'un médecin du travail leur faisait remonter des faits discutables ? Le fait d'avoir un statut de départ de médecin du travail était-il facilitateur pour passer des messages auprès des hiérarchiques qui étaient en capacité d'agir ?

PJ : C'est toute la communication avec la ligne hiérarchique où l'on trouve des gens très bien avec qui on peut discuter, travailler et les amener à comprendre ; il faut savoir dire les choses sans passion, savoir objectiver les faits. Et puis, il y a des personnes avec lesquelles on ne peut pas discuter et avec lesquelles la communication est bloquée. Dans ce cas là ce n'est pas la peine d'insister.

Quand j'avais trouvé un écart entre le prescrit et le réel, je faisais participer la ligne hiérarchique. Par exemple, des consignes totalement aberrantes, une réalité au poste de travail nécessitant de « tricher » si l'on voulait sortir la production ; quand je savais que je pouvais faire toucher du doigt ces écarts et que le responsable était intelligent, il n'y avait pas de problème. J'ai toujours essayé de rapprocher la ligne hiérarchique et les salariés quand cela était possible. Le médecin du travail a toujours été un « arrondisseur d'angles » en quelque sorte un médiateur. Par exemple, dans une entreprise d'agro-alimentaire, le nombre de rebus qui devait être dans un second temps recyclé entraînant gestes répétitifs et postures difficiles, était plus important que celui qui était prévu. Le directeur n'était pas informé. Après une visite conjointe au poste de travail il a compris et investi dans du matériel plus performant occasionnant moins de rebus pour la production et de difficultés pour l'opérateur.

Q : Pensez-vous que vous êtes médecin du travail et ergonomiste ?

PJ : J'ai adhéré à la SELF lors du congrès de l'IEA en 1991 avec comme parrains Hugues Monod et Jacques Christol. C'est à cette époque qu'est sorti l'ouvrage « *Comprendre le travail pour le transformer* » et je l'ai transformé dans ma pratique par « *Comprendre le travail pour en éviter les effets néfastes sur la santé* ». Il était évident que la compréhension du travail était une nécessité que cela soit pour faire de la prévention ou de l'aptitude. Mon souci, à partir de ce moment-là, a été d'articuler les informations que j'avais dans le cabinet médical avec les informations que j'avais sur le terrain. Si on fait cette démarche, on peut avoir une compréhension du travail de qualité. Certains me considèrent comme un ergonomiste et je leurs dis non, car pour moi être ergonomiste c'est une pratique et je ne pratique pas l'ergonomie, je pratique la médecine du travail avec une certaine sensibilité ergonomique. Le problème du médecin du travail, c'est qu'il n'y a pas ou peu de demande et donc pas d'intervention ergonomique. Quand Marcel Griaule est allé étudier les dogons, ce n'est pas les dogons qui lui ont dit « Monsieur Griaule venez étudier notre façon de vivre », c'est le Ministère des Colonies de l'époque qui voulait comprendre comment ils vivaient. De la même manière, pour les médecins du travail, c'est le Ministère du Travail qui nous demande d'intervenir. J'ai calé ma démarche sur celle des ethnographes je m'inspire beaucoup de l'observation participante « Je discute plus que je ne regarde ».

Q : Quand vous voyez des situations qui peuvent être critiques, faites-vous appel même ponctuellement à d'autres compétences comme celles des ergonomistes, des sociologues, des psychologues du travail ?

C'est très difficile. J'ai essayé plusieurs fois de passer le relais aux consultants externes en ergonomie. Par exemple, sur un poste de caissière dans un grand supermarché de la région toulousaine au moment du changement de caisse. J'ai réussi à faire venir un ergonome qui a négocié la demande. Cela n'a pas pu se faire bien que l'employeur soit d'accord pour 10 jours d'intervention mais il a dit « Vous me faites quelque chose de manière à ce que je puisse dire que j'ai fait une étude ergonomique mais sans plus ».

Une autre fois, il y a eu un problème dans une entreprise de chimie où il y avait beaucoup de pannes (pompes qui s'arrêtaient, tuyaux défectueux...); les ergonomes internes à cette entreprise voulaient garder la maîtrise de l'intervention et le consultant externe pressenti a pensé qu'il n'avait pas suffisamment de marges de manœuvre et n'est pas intervenu. Par contre, j'ai pu collaborer avec des consultants internes ou externes qui étaient d'abord choisis par les directions et qui venaient rencontrer le médecin du travail. Ils pensaient, à juste titre, qu'il avait des informations pouvant enrichir l'intervention. J'étais heureux d'échanger avec eux car j'apprenais beaucoup. J'espère que c'était réciproque.

Q : Par rapport à la question de la pluridisciplinarité qui préoccupe actuellement à la fois les ergonomes, les médecins du travail et d'autres disciplines, comment voyez-vous la pluridisciplinarité ? Avez-vous des expériences autour de cette question ?

PJ : Aujourd'hui, nous travaillons en équipe pluridisciplinaire composée d'assistantes, d'IPRP qui sont techniciens trop souvent métrologues, d'infirmières qui ont peu de tiers-temps et du médecin du travail animateur et coordinateur de l'équipe. La difficulté c'est d'être engagé dans des procédures de type *Lean management* de la santé au travail.

À l'heure actuelle, la médecine du travail est en profonde mutation. La dernière réforme ne marche pas car c'est une usine à gaz ; de plus avec le *Lean management*, il faut se battre pour avoir des marges de manœuvre et pouvoir les conserver ; on est encadré, on doit faire tant de visites médicales par an, tant de fiches d'entreprise... on gère le risque juridique des entreprises qui n'est pas un risque professionnel pour les salariés. Ce n'est pas tout à fait la faute des employeurs car il y a un va-et-vient juridique entre le Ministère du Travail qui dit « *Vous privilégiez l'action sur le milieu de travail* » et la Cour de Cassation qui dit « *Faites toutes les visites médicales* », en sachant que l'on n'a pas les moyens pour agir sur le milieu de travail et faire toutes les visites médicales. Du coup, on remplit des questionnaires parfois longs qui ne servent pas à grand chose et les médecins du travail font des fiches d'aptitude qui n'ont pas beaucoup de valeur en termes de prévention.

Pour autant, j'ai pu participer à une expérimentation intéressante il y a cinq ans avec une directrice qui nous a dit « *La santé au travail, la médecine du travail sont en train de se transformer, il faut faire autre chose. Je vous donne un IPRP, une infirmière, une assistante, faites ce que vous voulez* ». On était dans la pleine époque des RPS ; j'ai développé le « faire-faire » à partir de la question « *Où la santé au travail marche le moins mal ?* ». On s'est aperçu que là où elle marchait le moins mal, c'est quand on avait un CHSCT qui fonctionnait bien et des relais dans l'entreprise : par exemple, un ingénieur sécurité motivé qui s'intéresse au travail, des DRH humanistes avec qui on peut discuter et qui se demandent « *comment prévenir le RPS ?* ».

Entre l'obligation de résultats de l'employeur qui n'est pas portée par le service de santé au travail ni par les équipes pluridisciplinaires, nous nous sommes mis en position d'accompagnement. Cela s'est concrétisé par diverses actions de prévention. Entre parenthèses mais je tiens à le dire, c'est l'IPRP, qui n'était pas formée à l'ergonomie (une assistante qui avait été visiteuse médicale) qui serait la plus à même pour en parler que moi

car elle maîtrise bien la communication. Dans son premier métier, elle avait appris à « *faire prescrire les médecins* ». Pour le « faire-faire » en santé travail, elle a compris tout de suite. Par exemple dans une entreprise de la sous-traitance aéronautique dans le cadre de la prévention des RPS, en collaboration avec les DRH, nous avons réuni les n+1 pour leur présenter le rapport Lachmann qui traite du sujet. Cela a été l'occasion d'échanges sur les causes et les facteurs risques propres à l'entreprise et d'initialiser une démarche permettant à cette dernière d'aller vers des actions de prévention. Ensuite c'est lors de l'élaboration du DU (Document Unique) que ce rapport a été présenté aux représentants de chaque unité de travail permettant un approfondissement des causes et des actions de prévention. L'élaboration du DU est devenu un moment privilégié pour mettre en débat le travail et les RPS. Lors de ses différents moments de présentation aux n+1 nous insistons sur leur rôle de premier préventeur. Une majorité d'entre eux sont très intéressés. Dans ces groupes, le médecin ou le technicien santé-travail ont plutôt un rôle de modérateur, d'animateur. Ensuite on passe la main aux personnes ressource de l'entreprise. Nous n'oublions pas d'aller vérifier sur le terrain tout ce qui se dit dans ces groupes de parole.

La deuxième action qui a été très caractéristique s'est déroulée dans une maison de retraite. Il y avait des lombalgies à répétition et un fort taux d'accidents du travail. L'IPRP a proposé à l'assistante RH d'analyser ensemble tous les accidents de travail avec arrêt. Le schéma à cinq carrés et l'arbre des causes sont devenus le moyen de discuter des accidents du travail. La personne ressource a appris à manier ces outils et l'IPRP a mis en place ensuite une *hotline*, c'est-à-dire « *Si vous avez un problème, vous pouvez me téléphoner et on fait le point une fois par trimestre* ».

Ce genre d'intervention où l'on s'est mis en situation d'accompagnement et de mise en apprentissage de la personne ressource est ce que l'on essaie de développer. J'essaie également que l'équipe pluridisciplinaire soit polyvalente, et qu'en fonction des disponibilités, chacun puisse faire ce travail d'accompagnement. Tous les membres de l'équipe devraient connaître le schéma des cinq carrés et savoir comment on analyse un accident de travail. Dans la mesure du possible, je délègue et je leur demande de prendre en compte la réalité du terrain ; on a des réunions où l'on discute des difficultés rencontrées. Si on fait des erreurs et si l'on peut y réfléchir ensemble, on s'améliore. Le seul problème, c'est que les compétences individuelles et collectives se développent et les qualifications ne suivent pas parce qu'il n'y a pas assez de formations qualifiantes derrière. Par rapport aux compétences développées, ils ont le sentiment de n'être pas reconnus. L'accompagnement qui est un savoir-faire est moins bien reconnu que l'expertise. Discuter avec des managers des RPS et de sa prévention, animer des entretiens collectifs est valorisant. Ils disent « *Je m'éclate, mais j'aimerais aussi que cela soit reconnu* ». En attendant on *met des croix dans des petits carrés* ».

Q : En tant que médecin du travail, participez-vous à des groupes de réflexion, dans cette mouvance dans laquelle vous êtes et qui est toujours aussi bouillante depuis 40 ans ?

PJ : Je me suis toujours beaucoup intéressé à l'ergonomie et j'essaie de faire vivre le RESACT qui passe par des hauts et des bas. Par exemple, monter un atelier « Réglementation et santé/travail » avec des juristes, et une association de RH. Je rencontre Vanina Mollo et Irène Gaillard sur les questions de REX (Retour d'expérience) en santé-travail et de mise en débat du travail dans les entreprises. Actuellement je me tourne vers ce que fait Pierre Falzon autour des environnements capacitants puisqu'à travers le « faire-faire », ce sont ces notions d'environnements capacitants qui se conjuguent très bien avec la santé au travail.

Q : Si c'est un atelier, cela veut dire que vous réunissez des personnes qui ont différents rôles dans l'entreprise ?

PJ : Le RESACT réunit surtout des ergonomes, des consultants, des acteurs internes ; ce n'est pas vraiment tourné vers les employeurs. Je vois ces ateliers (petits déjeuners ou réunions débats après 18H) très conviviaux et très flexibles d'une dizaine de personnes, plutôt comme un moment pour débattre autour d'un sujet comme le plan national santé-travail ou le thème de la pénibilité ; un intervenant parle de ce qu'il fait, suivi d'échanges. Si le sujet prend de l'ampleur, on peut en faire des journées débats. Ce qu'apporte le conférencier ce n'est qu'un amorçage pour la construction de l'échange. Il est certain que si on fait quelque chose pour les membres des CHSCT et pour des consultants, il faut savoir gérer l'hétérogénéité de la salle.

Q : D'avoir adhéré au RESACT, cela vous permet-il d'alimenter votre propre réflexion ?

PJ : Oui. Je viens de temps en temps aux congrès de la SELF, aux Journées de Bordeaux ; par exemple, à Bordeaux il y a eu les journées sur les activités managériales et sur son analyse. Cela me donne des idées pour former les managers à leur rôle de premier préventeur. Mais pour cela j'ai encore besoin d'être épaulé par une formations-action. Irène Gaillard en développe une allant dans ce sens mais à l'époque je n'avais pas de temps pour m'y investir. Souvent dans certaines entreprises adhérentes après les entretiens que j'ai eus avec les managers, n+1 et avec l'accord des directions, j'organise des sensibilisations sur la prévention des RPS où les échanges tournent toujours sur leur activité et leurs difficultés. À partir de là se posent beaucoup de questions qu'il faut élucider et les moyens des équipes pluridisciplinaires sont limités.

Q : Et vos relations avec la SELF ? À quels autres congrès allez-vous, par exemple, le congrès de médecine du travail ?

PJ : Je fréquente peu les milieux de médecine du travail surtout quand on parle de pathologies professionnelles car elles sont liées à la réparation, à l'aptitude. Ce n'est pas ce qui m'intéresse. Aujourd'hui, il faut prévenir les effets du travail sur la santé, cela passe par une certaine ergonomie. C'est un débat que j'aimerais avoir au RESACT sur l'ergonomie de production/l'ergonomie de la santé au travail afin de construire une intervention de l'équipe pluridisciplinaire...

Q : Ces deux enjeux sont tenus par l'ergonomie ?

PJ : Pour moi, ce sont deux enjeux différents. « On va améliorer la production en préservant la santé », ce n'est pas la même chose que « On va améliorer la santé des salariés en préservant la production ». Ce sont deux interventions différentes. De toute manière chaque intervention est différente et c'est chaque fois une expérimentation où les échecs peuvent être aussi riches d'enseignement que les réussites. Pour l'équipe pluridisciplinaire le temps de l'intervention tout comme l'utilisation du participatif ne sont pas les mêmes que dans l'intervention ergonomique.

Q : Comment voyez-vous l'avenir de votre métier de médecin du travail ?

PJ : Pour moi, la réforme ne marche pas. Le deuxième point, c'est le manque de médecins du travail que l'on peut régler avec des équipes pluridisciplinaires. On est en train de réécrire notre métier dans les décrets de simplification de la commission qui va statuer sur l'aptitude. Cela ne me dérange pas qu'il n'y ait plus d'aptitude mais des visites médicales sous forme d'entretiens professionnels à visée médicale. L'avenir c'est de donner les moyens aux équipes pluridisciplinaires pour comprendre le travail. Ensuite à elles de savoir l'utiliser pour faire réfléchir direction, lignes hiérarchiques, CHSCT...

Le devenir des médecins du travail... c'est la prévention par l'accompagnement de l'obligation de résultat de sécurité mais derrière le mot accompagnement il ya toute une intervention à construire.

Toulouse, janvier 2015, Annie Drouin, Francis Six