



Paul FRIMAT

Entretien^{©1} avec Francis Six (06/12/2018)

J'ai souhaité réaliser un entretien avec Paul Frimat, Professeur émérite de médecine du travail à Lille, après celui du Professeur Daniel Furon qui nous a quittés en février 2018, car il a développé, au cours de sa carrière professionnelle, une relation riche avec l'ergonomie et de nombreux ergonomes dont je suis. Il était donc intéressant d'avoir son point de vue sur les relations et interactions médecine du travail - ergonomie.

Paul Frimat a succédé à Daniel Furon au poste de professeur de médecine du travail à l'université de Lille, poursuivant et développant la voie que ce dernier avait tracée d'une médecine du travail ancrée dans les questions concrètes du travail, et plus particulièrement de la santé au travail. Avec la mise en place du tiers-temps, Daniel Furon avait voulu que le médecin du travail en développe une approche en lien avec les problématiques des conditions de travail et aussi collective en collaborant avec d'autres disciplines dont l'ergonomie, la toxicologie, l'épidémiologie et le droit, jetant des bases pour une approche pluridisciplinaire de la santé au travail. Deux aspects essentiels discutés ci-après.

Paul Frimat relate dans cet entretien sa rencontre avec la médecine du travail d'abord, puis avec l'ergonomie au sein de l'université et de l'Institut de Médecine du Travail, devenu ensuite Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF). Il s'est intéressé à l'électrocardiographie dynamique, avec le système Holter, pour appréhender la pénibilité physique du travail en collaboration avec des médecins du travail d'entreprises du verre et du textile où la pénibilité était particulièrement importante. Je développais, dans le même temps, le même outil dans les mines de charbon du bassin Nord - Pas-de-Calais, ce qui nous a conduits à des échanges intéressants et fructueux pour développer l'ECG dynamique dans des orientations tournées à la fois vers l'évaluation de la pénibilité et sa réduction et vers le choix de postes adaptés aux caractéristiques de travailleurs présentant des déficiences cardiaques.

Et c'est surtout dans le cadre du GERN (Groupement d'Ergonomie de la Région Nord), que j'avais intégré comme salarié en 1987 après en avoir été membre fondateur et membre de son CA, que se sont multipliées les occasions de collaboration avec Paul Frimat. Il en est devenu ensuite le Président du CA, succédant à Daniel Furon. La création du GIS, devenu ensuite GIP, CERESTE (Centre de REcherche en Santé-Travail-Ergonomie) a permis de développer des

¹ Cet entretien est une publication de la Commission Histoire de la Société d'Ergonomie de Langue française. Tout usage, citation ou publication de l'intégralité du texte ou d'un extrait doit porter la référence : Entretien de la SELF avec Paul Frimat mené en décembre 2018 par Francis Six. Source : site de la SELF. Lien : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2020/09/frimat-paul.pdf>

travaux en ergonomie, du type recherches-actions, en particulier dans le secteur du BTP, qu'il a su encourager en créant des conditions favorables à leur éclosion lorsqu'il a suggéré à l'OPPBTP (Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics) de créer un outil spécifique d'évaluation des conditions de travail sur chantier, la MAECT (Méthode d'Analyse et d'Évaluation des Conditions de Travail), alors qu'il était médecin-conseil de cet organisme. Il m'a embarqué dans une aventure qui s'est avérée passionnante et m'a ouvert les portes d'un secteur dont j'ai pu mesurer à la fois la richesse et l'ampleur des questions d'organisation du travail, de sécurité et de santé au travail, fournissant la matière à l'écriture de mon HDR (habilitation à diriger des recherches) puis d'un ouvrage "L'ergonome et le chantier. »²

Mais Paul Frimat est aussi, et j'ose dire surtout, un homme "politique" qui a eu très tôt le souci de créer et de soigner des relations avec les décideurs et les organismes qui ont le pouvoir de prendre des décisions ayant un impact sur les questions de santé au travail. Dans cet entretien, il cite un certain nombre d'entre eux. Ce qui l'a aussi amené à prendre des responsabilités au sein de plusieurs de ces organismes, comme l'ARACT Nord, l'ANACT, l'AFSSE-AFSSET, ANSES etc., sans oublier les responsabilités internes (Université, Institut de santé au travail, GERN). Et ce qui ensuite l'a amené à rédiger, à la demande des Ministères du travail et de la santé, plusieurs rapports qui ont influencé de façon très nette la médecine du travail et l'approche de la pluridisciplinarité, expérimentée de façon pas facile, comme il le dit dans l'entretien, au sein du GIP CERESTE. Il développe dans cet entretien sa vision et les idées qu'il a voulu défendre dans un contexte pas toujours favorable, du fait par exemple de la démographie des médecins du travail. Mais il y a là matière à poursuivre la réflexion et à alimenter les débats !

Francis Six

FS : Tout d'abord peux-tu nous donner quelques mots de présentation, année de naissance, parcours, études... Puis comment en es-tu venu à t'intéresser à l'ergonomie ?

PF : Je suis né le 12 décembre 1948. J'ai fait des études à Lille avec un bac A' à l'époque (maths et philo) en 1967. Je suis entré ensuite en faculté de médecine, mais à l'époque on intégrait la faculté de sciences pour ce qu'on appelait le CPEM (Certificat Préparatoire aux Études de Médecine). J'ai fait ma première année à l'ex-Lille 1 dans les grands amphis, où il y avait 800 places. J'ai passé ma première année de médecine avec les pavés, en 1968. L'examen était programmé en mai et il a été annulé la veille parce qu'il y avait trop de manifestations. Ce que j'ai retenu de cette année, c'est qu'on passait plus de temps à faire la fête car il n'y avait pas vraiment de cours ; par contre, j'ai passé mes vacances à travailler pour passer l'examen du CPEM en septembre. Après cette formation en faculté des sciences, je suis parti en faculté de médecine sur le site de la cité hospitalière, sachant que la faculté était beaucoup plus petite que maintenant. Les cours avaient lieu à la fois à la fac de médecine, à la fac des sciences et à la fac de chirurgie dentaire. Une des particularités de ma formation est d'avoir suivi ce qu'on appelait alors le CPEBH (Certificat de Préparation aux Études de Biologie Humaine) ; c'était la possibilité de suivre des filières de formation autres que la filière de santé stricte. On avait cours le samedi après-midi à Villeneuve d'Ascq avec des enseignants de très bonne qualité. C'est comme cela que j'ai rencontré Émile Pertuzon, qui était maître-assistant en physiologie générale. Cette première année était beaucoup plus scientifique que maintenant. J'ai eu des cours de biologie animale qu'on ne suit plus du tout maintenant ; on acquérait une culture en chimie aussi. C'était vraiment une première année scientifique au sens sciences de base. Après, je suis parti en médecine tout en poursuivant le cycle de biologie humaine, j'ai

² Six, F. (2016). *L'ergonome et le chantier*. Toulouse : Octarès

obtenu ma maîtrise de biologie humaine avec des certificats supplémentaires ; le doctorat en biologie humaine n'existait pas à l'époque, il n'est arrivé qu'après.

J'ai poursuivi ensuite mes études médicales. À l'époque, soit on était externe des hôpitaux, soit, si on voulait devenir spécialiste, on passait l'internat des hôpitaux. J'ai choisi l'internat que j'ai fait à Lille, et je me suis orienté vers la dermatologie. Le patron en était alors Claude Huriez, qui a donné son nom à l'hôpital de Lille, car il en était l'un des fondateurs. Huriez avait un service hospitalier de dermatologie comme il n'en existe plus ; il y avait plus de 100 lits sur deux étages. Il avait développé avec Marcel Marchand, que je ne connaissais pas encore et qui était professeur de médecine du travail, une toute petite filière de dermatologie professionnelle, avec Pierre Martin, dermatologue et médecin du travail. Lors de mon internat, j'ai donc travaillé avec Pierre Martin et aussi avec Jean-Marie Lachapelle (qui est devenu ensuite professeur à Louvain) et un certain nombre d'autres médecins qui sont devenus professeurs en dermatologie. Ce qui m'intéressait dans la dermatologie professionnelle, c'est qu'on associait à la fois le facteur clinique et l'environnement au sens large, incluant le travail, qui n'en était qu'un élément. Pendant mon internat en dermatologie, j'avais aussi effectué des stages dans d'autres spécialités pour voir s'il n'y avait pas une autre spécialité qui m'intéressait. À l'époque, on en avait le droit. Je suis allé exercer 6 mois en rhumatologie, ce qui m'a permis de rencontrer Jean-François Caillard, qui a ensuite continué en médecine du travail. Il m'a indiqué que la médecine du travail cherchait des personnes pour des postes d'attaché-assistant. Pendant toute une période en France, l'interne n'était qu'hospitalier et certains internes pouvaient en plus prendre un poste d'attaché-assistant, ce qui donnait un statut hospitalo-universitaire, avec une charge de recherche et d'enseignement. J'ai commencé mon internat en 1973 et suis arrivé comme attaché-assistant en 1975 chez le Professeur Furon en médecine du travail. Jean-François Caillard était arrivé 2-3 ans avant et Christian Cabal venait de partir à Saint-Etienne, laissant un poste libre.

En 1975, je me retrouve alors interne en dermatologie, avec ce petit versant dermatologie professionnelle, et attaché-assistant pour développer des actions de recherche et d'enseignement. Car à l'époque, il y avait beaucoup d'enseignement ; on dispensait 300 heures à tous les futurs CES. Le premier cours que j'ai donné devait être un cours sur les vibrations ou sur le bruit, il m'a fallu potasser. J'ai trouvé ce temps-là intéressant, car cela alliait à la fois la clinique et un apprentissage de l'enseignement. Il faut reconnaître qu'une des qualités du Pr Furon était qu'il déléguait facilement ; il vérifiait que ça se passait bien et dès lors, il laissait faire.

À la fin de mon internat, dans les années 77-78, mon contrat se terminait et le seul moyen de continuer était d'obtenir un poste de chef de clinique. Il n'y avait pas de poste de chef de clinique en dermatologie. Le doyen et le Pr Furon m'ont proposé un poste de chef de clinique en médecine du travail ; ce poste a aussi été obtenu facilement parce que Jean-François Caillard venait de partir à Caen. J'étais donc chef de clinique en médecine du travail avec une fonction liée au début à la consultation en pathologie professionnelle. En tant que dermatologue, j'étais parallèlement affecté auprès de Pierre Martin en dermatologie professionnelle.

C'est à cette époque-là, à la fin de mon internat et au début de mon clinicat, que j'ai avancé sur les questions de physiologie du travail, car c'était au moment où Daniel Furon avait acquis le matériel Avionics et l'enregistreur Holter. Il nous avait demandé de développer leur mise en œuvre presque conjointement : toi (FS) tu devais trouver un applicatif dans les mines et moi je me suis retrouvé avec le Dr Luez, cardiologue, qui relisait les tracés. On a eu la chance d'avoir les Docteurs Labriffe (médecin du travail dans le textile) et Delépine (médecin du travail dans les verreries) qui ont fourni des terrains. C'est là-dessus que j'ai réalisé ma thèse qui portait sur l'électrocardiographie dynamique. Cette thématique a constitué la moitié de mon épreuve de titres en médecine du travail. C'était novateur, il y avait de la recherche, au sens développement d'outils, et des éléments intéressants en termes d'évaluation de la pénibilité, de démarches de prévention.

À partir de cet outil, pas mal de choses ont pu être organisées, que ce soit des congrès, des journées comme la journée fréquence cardiaque et travail, par exemple. Et puis, il y a eu un développement avec les collègues de Grenoble, JP. Maillon et Régis de Gaudemaris, et avec ceux de Clermont-Ferrand, Alain Chamoux et Pierre Catilina ; il y avait effectivement un réseau qui s'activait. J'ai aussi beaucoup travaillé avec Jean-Jacques Vogt qui n'était pas encore à l'INRS mais qui développait l'utilisation de la fréquence

cardiaque pour évaluer le coût du travail à la chaleur, avec les EPCT (Extra-Pulsations Cardiaques Thermiques) et les EPCM (Extra-Pulsations Cardiaques Métaboliques). C'était un grand courant de physiologie du travail que l'on a un peu perdu actuellement. Cela m'a permis d'allier les connaissances du réseau, car Daniel Furon avait commencé à créer un réseau avec les médecins du travail, et d'utiliser une méthodologie scientifique un peu plus verrouillée, par rapport aux années précédentes. Cette démarche de recherche m'a aidé à avancer dans mon clinicat.

À cette époque-là, en 79-80 je pense, je me suis également retrouvé responsable de la filière hygiène et sécurité au CNAM à Lille. Il y avait des UE communes pour les personnes qui suivaient le cursus d'ergonomie. J'ai ainsi complété ma formation dans les domaines de la physiologie, de la sécurité et découvert l'approche ergonomique. Je n'ai jamais travaillé réellement avec Alain Wisner, mais j'ai collaboré avec Émile Pertuzon et Jean-Claude Cnockaert (du laboratoire de physiologie de Lille) et aussi avec Jean-Pierre Libert à Amiens. J'ai ainsi acquis une relative compétence en physiologie du travail, avec cette application en mesure de la fréquence cardiaque, bien utile tant au plan collectif qu'en suivi individuel, car, avec ce type d'outil, on accompagnait déjà la réinsertion de personnes ayant subi un infarctus. En même temps, on abordait les aspects d'environnement du travail au sens évaluation du risque, sans en parler, au sens dépistage de quelque chose, et on faisait de la métrologie. Mais c'était le tout début, avec à cette époque-là Jean-Marie Haguenoer dans le laboratoire de médecine du travail de l'Institut. On basculait petit à petit de la prévention tertiaire, malheureusement mise en place avec le système d'aptitude, à la prévention secondaire ; on essayait d'évaluer les conditions de travail dans lesquelles le salarié œuvrait.

J'ai aussi rencontré Hugues Monod qui avait réalisé un rapport sur la notion de charge de travail, que j'avais approfondie, on ne parlait pas encore de pénibilité à l'époque.

FS : Il y a eu un rapport sur la notion de charge de travail avec Françoise Lille à un congrès de médecine du travail...

PF : Exact, c'était à Tours en 1974. C'est un texte fort, pour moi, une bible, même si cela a évolué depuis. C'est aussi à cette époque-là que, grâce à Daniel Furon, j'avais rencontré Alain Reinberg, médecin chronobiologiste qui travaillait sur la problématique du travail posté, et Pierre Andlauer. En plus, sur la région, on avait les mines et surtout la sidérurgie avec le Docteur Goulard à Usinor, où nous avons beaucoup travaillé ces aspects. Quand on y réfléchit, c'est quand même l'association de tous ces facteurs qui nous a permis d'avancer.

Mon clinicat se déroulait avec une activité d'enseignement, une activité de recherche, on commençait à faire un peu d'épidémiologie, de toxicologie. Je me souviens avoir travaillé avec le Docteur Labriffe sur les problèmes du chrome ; on avait remarqué que cela provoquait des ulcérations de la peau, ce que l'on savait déjà, et que ça causait des perforations dans le nez, ça on s'en est aperçu, et surtout, avec Labriffe et Haguenoer, on a découvert que ça entraînait des cancers du poumon avec les chromates. Cela a conduit à la mise en place du tableau de maladie professionnelle. Ce qui est intéressant, c'est de prendre conscience qu'à partir des données de terrain provenant des médecins, le rôle d'interlocuteur que nous pouvions avoir en tant qu'Institut et en tant qu'Université, était d'éclaircir scientifiquement la question et de mettre en place, avec l'apport d'outils de plus en plus compétitifs, une solution en termes de prévention, mais aussi une meilleure connaissance pour une éventuelle réparation. On sentait poindre une démarche qui est devenue classique aujourd'hui, mais qui, en 1982, n'était pas aussi évidente.

Cette année-là, j'avais terminé mes 4 ans de clinicat. Le doyen avait accepté que je passe chef de travaux, équivalent à maître de conférences. Là, il faut reconnaître que j'ai bénéficié d'un alignement satellitaire, ministériel ! Jack Rallite était ministre de la santé et avait bousculé la procédure universitaire. Il avait réussi à obtenir du Ministère des Universités des postes en médecine du travail échelonnés sur plusieurs années. Il avait osé mettre plus de postes en province ! Je me souviens que sur Lille, qui avait toujours été une université sous-dotée, on a eu 12 postes. J'ai fait partie de ces "bébés Rallite", si on peut les appeler ainsi ; c'est ainsi qu'en 1982 je suis devenu jeune professeur en médecine du travail.

L'enjeu pour moi alors était 1) sur le plan hospitalier, d'asseoir la consultation de pathologie professionnelle qui n'existait pas à l'époque ; il n'y avait pas de financement de l'assurance maladie, ça entrainait dans le parcours médical classique ; 2) d'asseoir la formation via le CES, c'est le volet enseignement. En 1984, avec le nouvel internat, le profil des futurs élèves va changer. Avant, les étudiants passaient un CES pour éventuellement choisir la discipline. À partir de 84, les étudiants entrent dans une filière d'internat de spécialité et ils ne pourront exercer que cette spécialité.

Arrivent donc les premiers internes de médecine du travail, que l'on doit former et suivre pendant 4 ans avec des stages à la fois à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital. Venant d'être nommé, je me suis vu confier la tâche du suivi des internes. Cela a demandé un gros investissement, parce qu'il fallait créer des outils pédagogiques, les intéresser, trouver des stages, discuter avec les tuteurs, etc. Mais ça a été passionnant et Lille a été une ville où le taux de formation était non négligeable avec plus d'une dizaine d'internes par an. On pouvait se retrouver avec 40 étudiants en formation, ce qui n'est pas négligeable, surtout pour une discipline qui était très peu enseignée dans leur cursus ; ils devaient donc tout découvrir quand ils arrivaient. Il y a eu très gros investissement en termes de pédagogie.

Mon rapprochement avec l'ergonomie s'est confirmé lorsque j'ai rejoint le GERN. Un moment important a été le travail sur la journée d'ergonomie scolaire avec Anne et Alain Lancry en 1987. Cette journée a été une journée forte dans la mesure où elle mettait un focus fort sur ces aspects particuliers, dont on parle tous les ans au moment de la rentrée scolaire. La structuration du GERN à côté de l'Institut de Médecine du travail a fait venir des personnes ressources dont toi, Daniel Levent, Michel Duwelz, il y avait un collectif d'ergonomes fort à ce moment-là. Des actions originales ont pu être développées, que ce soit en formation, en animation de journées, etc. Les internes recevaient à Lille un véritable enseignement d'ergonomie, au-delà de ce qui se faisait dans certaines villes.

FS : Et il y avait aussi les Fiches pratiques du médecin en entreprises que j'avais réalisées avec Daniel Levent ...

PF : J'allais en parler, j'ai toujours le classeur vert et le classeur orange. À une époque, je les utilisais très régulièrement et, pour moi, ces fiches pratiques restent un outil tout-à-fait intéressant pour les médecins du travail dans leur démarche. Puis un autre alignement sidéral va intervenir pour faire « prendre la mayonnaise », lorsque Michel Delebarre est Ministre du Travail et Hubert Curien, Ministre de la Recherche, suite au rapport que Daniel Furon avait rendu sur la situation désespérée de la toxicologie professionnelle, dans les années 84-85. C'est la naissance du GIS (Groupement d'Intérêt Scientifique) CERESTE (Centre d'Études et de Recherches en Santé-Travail-Ergonomie), devenu GIP (Groupement d'Intérêt Public) CERESTE en 1989.

De ce fait, je me suis retrouvé directeur de recherches, au sens de directeur du GIP, avec une labellisation du Ministère de la Recherche. L'originalité du CERESTE est d'avoir associé 5 disciplines, la toxicologie-biologie, la toxicologie médicale, l'épidémiologie, l'ergonomie et le droit. Je pense que ça a été une expérience extraordinaire dans laquelle nous avons été accompagnés, au sein du conseil scientifique, par des personnes de très haute qualité. Daniel Furon a été là au bon endroit et il savait que derrière il y avait des équipes qui ont permis cette structuration. Nous avons été le premier Centre interdisciplinaire de recherche en santé-travail en 1989 et avons vécu une dizaine d'années jusqu'à l'autonomie des universités. Nous avons réalisé un certain nombre d'études transversales, développé des "produits" comme le travail avec Pierre-Yves Verkindt en droit-santé-travail. On reste aujourd'hui, avec Pierre-Yves Verkindt à Paris, les deux seuls spécialistes en droit-santé-travail et c'est grâce à cela que Sophie Fantoni a été nommée Professeur en médecine du travail, en étant aussi docteur en droit. On conserve donc la filière.

Tout le travail que tu as réalisé sur l'ergonomie dans le BTP, avec en particulier la MAECT (Méthode d'analyse et d'évaluation des conditions de travail), est encore utilisé par l'OPPBTB³ actuellement dans ce qui est appelé des études-métiers. Les études de Jean-Marie Haguenoer ou de Catherine Nisse en épidémiologie et toxicologie sont reprises aujourd'hui par d'autres spécialistes. Ce GIP a permis, et ça a

³ Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics.

été son intérêt, d'obtenir l'habilitation recherche au plan national et une structuration pour opérer la transversalité. Mais je me demande si l'on n'a pas été là trop tôt !

FS : C'est la question que je voulais te poser, car les différents travaux que tu citais à titre d'exemples, restent quand même mono-filières, alors que le projet initial visait la pluridisciplinarité...

PF: Ah oui, tout-à-fait. L'ambition du GIP, qui était la pluridisciplinarité, a été très difficile à mettre en œuvre. Celle-ci n'est arrivée dans la loi qu'en 2011, on était donc 20 ans en avance. Aujourd'hui, avec Sophie Fantoni et l'Université Laval à Québec, nous essayons de lancer la thématique "pompiers" dans les aspects juridiques et reclassement, mais qu'en ressort-il ? ... la question des fumées. Je me souviens qu'on avait parlé de cette approche ergo-toxicologique à l'époque du CERESTE, que l'on souhaitait pouvoir développer.

Ainsi, c'est un éternel recommencement, mais pour réaliser quelque chose, il faut à la fois une opération satellitaire stabilisée, qui permette un financement d'une certaine durée sur des opérations transversales qui sont lourdes et présentent des phases de préparation longues. Dans le même temps, il faut que les personnes qui y participent y trouvent un intérêt et qu'il y ait un terreau suffisamment fertile pour pouvoir rebondir.

Cette approche volontaire pluridisciplinaire peut être envisagée de plusieurs points de vue ; si on a un œil un peu pervers, elle laisse apparaître 5 tuyaux qui ne faisaient jamais rien ensemble, mais ce n'est pas vrai, des choses ont été faites, mais on n'a pas été jusqu'au bout de ce qu'on pouvait faire. C'est ce qui se produit maintenant avec les UMR (Unité mixte de Recherche), les grandes équipes associant A, B, C, D et elles sont jugées sur les transversalités et non plus sur les thématiques initiales. Donc, nous sommes arrivés trop tôt, mais nous avons aussi eu la chance de participer à la création ; toutefois, ça n'avait pas été suffisamment mûri dans l'équipe.

L'autonomie des universités a amené le GIP à se modifier en 2003, sachant que moi, j'ai eu l'obligation de quitter le GIP parce qu'en 1998, j'avais été proposé comme président du conseil scientifique de l'ANSE, de l'ANSET puis de l'ANSES⁴. Je me retrouvais en conflit d'intérêt puisque l'agence distribuait de l'argent ; je ne pouvais absolument pas rester directeur. C'est comme cela que le CERESTE a été repris par l'université Lille 2, avec Régis Matran, puis Christian Sergheraert, respectivement Vice-Président et Président à l'époque. L'Université a joué son rôle en accompagnant la fin du CERESTE, et lors du plan quinquennal des années 2000, on a clos le CERESTE. Le CERESTE a été une sacrée aventure car associer la CARSAT, l'hôpital, l'Université, la Région et l'Institut de Médecine du Travail, c'était quelque chose assez extraordinaire.

Toujours dans cette période, vers les années 85, je me suis retrouvé à la naissance des ARACT. Je me souviens d'avoir assisté à des réunions de l'ARACT dont j'étais l'animateur au départ, quelque chose de pas du tout verrouillé au plan juridique et qui a été à l'origine de l'ARACT Nord-Pas de Calais. Je me souviens avoir rencontré à plusieurs reprises Pierre-Louis Rémy et Nicolas Karcher. Je suis devenu Président du comité d'orientation, et membre du comité scientifique de l'ARACT et j'y suis resté jusqu'à il y a 3 ans, lors de la refonte régionale des ARACT. J'ai de ce fait participé à un certain nombre de réunions de présidents de CO et de CA ; c'est comme cela que j'ai eu des contacts avec certains enseignants d'ergonomie, comme François Daniellou, Alain Garrigou, François Hubault. Je voyais assez souvent François Hubault, nous aimions bien dispenser des formations complémentaires ; lui avait la connaissance de la discipline et moi, j'amenais le terrain. J'avais aussi des contacts avec Serge Volkoff qui était directeur du GIP CREAPT⁵, ce qui créait des liens entre les structures.

On est donc encore dans le continuum de toutes ces démarches pluridisciplinaires. Mais c'est aussi une volonté de chacune des personnes de se dire qu'on est là au service d'un collectif. L'objectif est, bien sûr, de servir une discipline. En tant qu'enseignant et, en même temps, du fait de ma présidence du conseil scientifique de l'AFSE-AFSET⁶, je me suis retrouvé président du CNU (conseil national des universités) de médecine du travail, dont l'enjeu était de porter la discipline dans un moment difficile : en effet, quand

⁴ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

⁵ Centre de recherche sur l'expérience, l'âge et les populations au travail.

⁶ Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

j'ai été nommé en 1982, on devait en médecine du travail être 80 enseignants et 20 ans après, on n'était plus que 50. Les doyens ne voyaient pas l'intérêt de maintenir des postes de médecine du travail qui, pour eux, ne faisait pas partie des disciplines importantes.

Tout ceci a entraîné la problématique de l'attractivité des métiers et a conduit à la situation actuelle. C'est pourquoi, j'ai contribué à un certain nombre de rapports ministériels, comme celui avec Françoise Conso et les collègues de l'IGAS⁷ et de l'IGAENR⁸ en 2008. Nous proposons de créer des services de Santé Travail avec de vraies orientations de santé publique et une approche de gestion collective pour répondre aux besoins de santé de l'entreprise. Ensuite, il y a eu le rapport avec Christian Delacherie (Membre du CESE⁹), sur la formation, où l'on demandait des formations complémentaires avec la formation passerelle actuelle.

Et là en 2018, je viens de terminer un rapport sur la problématique des agents chimiques dangereux et sur l'enjeu de leur traçabilité : comment tracer les expositions tout au long d'une vie professionnelle ? C'est un vrai problème d'actualité, par suite de l'augmentation de la parcellisation des tâches, des temps partagés, du travail précaire, etc. Il faut absolument arriver à ce qu'il y ait un lien entre le dossier médical santé-travail et le dossier médical partagé ; le médecin du travail, avec l'accord du salarié, doit pouvoir transférer des informations dans le dossier pour le médecin référent. D'abord, il faut le déverrouiller, car d'un point de vue législatif c'est interdit actuellement. Ensuite, il faudra vérifier que les données que l'on y met soient des données validées par les employeurs, par les institutions représentatives du personnel, par le médecin et pourquoi pas la CARSAT, de façon à ce que, 20 ans après, ce dossier reste fiable. Mais si l'on fait ça pour les agents chimiques, on pourra le faire aussi pour le bruit, le travail posté, etc., etc. C'est donc tout l'outil qu'il faut modifier.

Mon rapport arrive en même temps que le rapport Lecocq qui propose une réorganisation des gouvernances. Est-ce que l'on veut que le système santé-travail soit un système de santé qui gère, au sens assurantiel, le risque professionnel AT-MP, ou bien est-ce que l'on veut que le système santé-travail soit un système au sein des autres systèmes de santé pour s'inclure dans le parcours tout au long de la vie du salarié-citoyen-patient ? Il y a là un enjeu et c'est un enjeu politique ; il y a un choix à faire et personnellement, je préfère le second.

En résumé, après avoir découvert la physiologie du travail, et avoir avancé en ergonomie avec le GERN, j'ai évolué comme directeur de recherches puis directeur de conseil scientifique et vice-président d'université. Puis j'ai eu des fonctions administratives. Mais j'ai toujours conservé la même philosophie : comment répondre aux besoins de santé des entreprises, comment permettre aux salariés de travailler en bon état de santé tout au long de leur vie professionnelle ?

FS: Maintenant, peut-on reprendre quelques points pour approfondir, comme par exemple le GERN, comment l'as-tu vécu, et comment vois-tu les relations entre médecine du travail / santé au travail et ergonomie ?

PF : Quand j'ai vu apparaître le GERN, l'Institut ne représentait pas grand-chose à l'époque. Il y avait le système hospitalo-universitaire et puis une association qui s'appelait Institut de médecine du travail, qui constituait le réseau de la médecine du travail. À côté, le GERN apparaissait comme le réseau des ergonomes. Il y avait donc deux réseaux, se développant chacun de son côté, et parfois on essayait de faire des choses ensemble. La place de l'ergonomie dans les services de médecine du travail a été inaugurée par Daniel Levent dans le centre de médecine du travail de Lille ; ça n'existait pas jusqu'alors. Et il va falloir attendre la loi de 2002, qui parlait de pluridisciplinarité, mais qui n'a rien changé, et surtout notre rapport avec Françoise Conso sur la nécessité qu'on ait dans les services interentreprises une approche pluridisciplinaire avec la présence d'ergonomes. On n'utilisait pas le mot ergonome mais celui d'IPRP (Intervenant en Prévention des Risques professionnels).

La loi date de 2011, mais il existe encore des services où la pluridisciplinarité est marquée sur le papier mais n'existe pas dans le quotidien. Je pense qu'il y a à la fois la faute de la gouvernance des services et

⁷ Inspection générale des affaires sociales.

⁸ Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche.

⁹ Conseil économique, social et environnemental.

la faute de l'État qui ne va pas jusqu'au bout. Je me demande pourquoi les services autonomes n'ont pas l'obligation de cette pluridisciplinarité, bien que l'on dise qu'ils sont pluridisciplinaires dès lors qu'ils ont un ingénieur ou un conseiller en prévention. Mais ce n'est pas du tout la même chose. Donc si l'on veut aller vers des services vraiment pluridisciplinaires, il faut se donner la volonté politique de le faire. Mais comme souvent en France, l'organisation de la pluridisciplinarité conduit à l'épineuse question de savoir qui est le chef de l'autre. Or on peut être le responsable d'une action, sans qu'il y ait nécessairement besoin que l'un soit le supérieur hiérarchique de l'autre. Et une des critiques que je ferai à la médecine du travail, c'est qu'elle a voulu écraser tout ce qu'il y avait autour d'elle, parce que le médecin maîtrisait l'acte d'aptitude. C'est ce qui s'est passé avec les ingénieurs hygiène-sécurité ; à une époque il y en avait énormément et après il n'y en a plus eu (bien qu'aujourd'hui ils commencent à revenir avec le combat commun de HSE et QVT¹⁰). Il faut des spécialistes.

En ce qui concerne l'ergonomie, il ne faut pas qu'elle se cantonne à faire de l'ergonomie individuelle. L'intérêt de l'ergonomie est bien l'approche du travail réel et donc, face à une problématique d'organisation, il faut une vision globale. L'adaptation locale du poste de Madame X, le médecin ou même l'assistant est tout-à-fait capable de le faire, avec une formation, bien sûr, alors qu'avoir une approche d'ergonomie de conception, ça ne relève pas du travail de médecin. On voit bien l'intérêt d'une complémentarité. Il y a des ergonomes qui ont une formation de physiologie, d'autres qui ont une formation en psychologie du travail, d'autres qui ont une formation en sociologie, etc., ce sont des regards différents, tous importants. Et c'est important d'avoir l'ensemble des regards pour une approche globale. J'ai en tête le schéma que tu m'avais montré (schéma présent dans la MAECT de l'OPPBTP-GERN)¹¹, où est présentée une situation avec, tout autour, des yeux qui permettent de la voir sous différents angles.

La création du GERN a été une bonne chose parce que ça a permis de fédérer un réseau, qui s'est ensuite développé dans la région. On n'est pas allé jusqu'à la fusion, même si l'évolution de l'Institut de santé au travail a permis d'intégrer les infirmières, les assistants. Mais les IPRP gardent leur propre réseau, même si on les invite. Si dans le futur, il n'y a plus qu'un seul service régional pour les interentreprises, comme le préconise le rapport Lecocq, avec un conseil d'administration qui gère et des filiales qui auront sans doute une autonomie, où va-t-on situer les spécialistes de 2^{ème} ou 3^{ème} niveau ? Il ne faudrait pas que l'ergonome ou le toxicologue soit placé au niveau régional, comme le spécialiste Incendie par exemple. On veut aussi inclure dans cette structure régionale, les personnes de l'ARACT.

Je dirai que, pendant 40 ans, nous avons eu la chance d'apprendre à travailler avec d'autres. Ce que je crains, c'est qu'avec nos formations qui sont devenues des formations tuyaux, même en médecine, les gens n'apprennent plus de manière commune mais se retrouvent à travailler ensemble lorsqu'ils sont en entreprise et doivent donc tout réapprendre, avec en plus la pression du chiffre et du résultat. Il vaut donc mieux tuer son voisin pour avoir le résultat !

Personnellement, lorsque je discute avec Charlotte Lecocq, je suis d'accord sur l'idée d'une régionalisation, ça permettra à la filiale d'Auchan de Dunkerque ou de Lille d'avoir le même suivi et les mêmes protocoles que celle de Fourmies ; sur le principe, ça semble logique. Par contre, si c'est pour tout fonctionnariser, non, il faut aller à l'inverse. Il faut laisser aux gens un degré de liberté avec une réappropriation des situations particulières. Les disciplines ont de l'avenir devant elles ; après, la vraie question est celle de leur autonomie. Pour l'ergonomie, au tout début, la question a été celle de son inscription dans une section du CNU, la 16, avec la dissociation entre psychologie et ergonomie.

FS : Effectivement ça n'a pas toujours été facile et c'est une des raisons de la création du CE2 (Collège des enseignants-chercheurs en ergonomie)

PF : Oui, vous avez bien fait !

FS : Tu as aussi favorisé des carrières universitaires, dont la mienne

¹⁰ HSE : Hygiène, Sécurité, Environnement. QVT : Qualité de Vie au Travail.

¹¹ MAECT, Méthode d'Analyse et d'Évaluation des Conditions de Travail, élaborée conjointement par l'OPPBTP et le GERN.

PF : Il faut reconnaître que le CERESTE a permis des montées en charge de jeunes, que ce soit Annie Sobaszek qui a pu être nommée professeure et qui était orientée vers la MTPH (Médecine du Travail du Personnel Hospitalier), que ce soit Catherine Nisse, qui est actuellement, au niveau national, une des deux expertes en toxicologie, que ce soit toi qui a pu passer l'HDR et avoir un poste de professeur en ergonomie ; ça a permis à Pierre-Yves Verkindt d'être nommé professeur en droit, et à Sophie Fantoni d'être nommée professeure en médecine du travail, tout en étant docteur en droit. L'approche pluridisciplinaire a permis à Ariane Leroyer d'être nommée MCU-PH dans le champ Épidémiologie – Santé Travail mais aussi à Xénophon Vaxévanoglou d'être MCU en ergonomie ou Catherine Legrand-Sébillé devenue MCU en sociologie. On a pu effectivement, avec le CERESTE, obtenir 5-6 postes de PU et 3-4 postes de MCU ; sur le plan collectif, ce n'est pas inintéressant. C'est sûr que la structuration a permis la montée en charge, la création d'élèves. Ce que l'on avait appelé « l'École à Furon », il faut le reconnaître, c'est sa dynamique. Le collectif santé-travail ne peut que le remercier de tout ce qu'il a pu faire, qu'il a laissé faire, au bon sens du terme, et que l'on a fait fructifier tous ensemble..

FS : Tu as aussi une activité au sein des Ministères dont tu as déjà un peu parlé

PF : Après avoir été directeur de recherches, je suis devenu président de section du CNU et je me suis investi à l'Université, ce qui m'a permis de découvrir le champ du fonctionnement universitaire et là, j'ai endossé un certain nombre de responsabilités. Dans les années 2005-2007, le Ministère m'a demandé de reprendre la responsabilité de la commission maladies professionnelles au COCT (Comité d'Orientation des Conditions de Travail), la structure qui a remplacé le conseil supérieur. Au Ministère de la Santé, je suis président de la commission barème qui s'occupe de la révision du barème AT-MP. Et puis, différentes missions m'ont été confiées par les Ministères.

Après, il sera intéressant de voir si, dans la révision de la santé-travail, les politiques vont savoir utiliser un certain nombre de compétences, - il y en a beaucoup -, pour éviter les dérives. C'est quand même le résultat de 40 ans d'expérience ; on peut aujourd'hui avoir un positionnement face à un politique ou un élu en lui disant : "vous pouvez faire ça, mais si vous tapez là, ça va faire bouger à tel autre endroit", ce que certains techniciens ne leur disent pas parce que le technicien ne le sait pas.

FS : C'est une vision systémique, ce qu'a aussi l'ergonomie

PF : C'est évident ! On a été imprégné et après on s'est "forgé" une démarche positive et une vision globale. Si je résume par rapport à l'ergonomie, je l'ai découverte grâce à Émile Pertuzon, Jean-Claude Cnockaert, toi et le GERN. Après, je l'ai un peu pratiquée de manière forte parce que j'ai dispensé l'enseignement hygiène-sécurité en lien avec toi au CNAM, et également parce que j'ai été au conseil scientifique de l'ANACT pendant 6-7 ans et président du CA du GERN. J'ai aussi rencontré des enseignants dans différentes régions.

Depuis 2000, j'ai basculé sur des fonctions plus orientées vers l'évolution du système santé-travail. Mon enjeu, c'est la pluridisciplinarité et là, dans le rapport Lecocq, certains ont l'impression que l'on renferme le médecin dans son cabinet, et c'est vrai qu'on pourrait avoir cette impression. Personnellement, je ne l'espère pas ! Mais quand je dis cela, ce n'est pas pour dire qu'il y a, d'un côté, l'ergonome dans sa fonction collective liée à l'environnement et, de l'autre côté, le médecin dans sa fonction individu-santé ; sinon on recule de 70 ans.

Les différentes approches sont absolument nécessaires si l'on veut que les services de santé puissent répondre aux besoins de santé des entreprises (la question est de savoir si les entreprises sont en capacité de savoir exprimer leurs besoins en santé) et à partir de là, qu'est-ce que l'on met en place en termes de politique de santé au sein d'un pays comme le nôtre. Je suis parfois déçu de la faiblesse de nos politiques et de nos décideurs qui n'ont pas de vision macro et qui ne voient que par le petit bout de la lorgnette. Les politiques de prévention primaire au sein des entreprises dans le cadre d'approches pluridisciplinaires resteront pour moi des orientations indispensables.

FS : Merci beaucoup, Paul.