



Dominique PENNEAU-FONTBONNE

Entretien^{©1} avec Annie Drouin et Jean-Claude Sperandio
(6 juin 2019)²

Quand en juin 2019, répondant à une demande d'Annie Drouin au nom de la Commission histoire³, Dominique Penneau-Fontbonne accepta un entretien portant sur son parcours professionnel, je la connaissais déjà de nom et de réputation, essentiellement par sa fonction de professeure de médecine du travail, sans pour autant connaître les détails de son parcours. Notre première rencontre remonte probablement au 22^e congrès de la SELF à Angers en 1986, à la préparation duquel Dominique avait directement coopéré et dont l'organisation matérielle avait été assurée par l'Aract⁴ des Pays de la Loire. J'ignorais le rôle moteur que Dominique avait joué auparavant pour que s'implante à Angers cette antenne régionale de l'Anact⁵.

Quelques années plus tôt, pendant et après son CES⁶ de médecine du travail, Dominique s'était initiée à l'ergonomie à l'Université de Paris 1 auprès de Pierre Cazamian et de son équipe. C'était l'époque où l'ergonomie entrait lentement et de façon disparate dans la formation des médecins du travail, formation que Dominique, par ses enseignements universitaires, contribuera ensuite à développer et étendre. Sa formation personnelle comprend aussi, outre l'ergonomie, d'autres spécialités comme la toxicologie et l'addictologie, « qui s'imbriquent et complètent naturellement la médecine du travail », nous dira Dominique.

Chef de clinique qualifiée en médecine interne en 1977, puis diplômée de médecine du travail, consultante de pathologies professionnelles au CHU⁷ d'Angers en plus d'une pratique partielle de médecine du travail en entreprises, elle prend en charge également la médecine préventive universitaire et la médecine du travail du personnel hospitalier. Agrégée de médecine du travail en 1982, maître de conférence, elle devient chef de service professeure PU-PH⁸ en 1989, cumulant ainsi une activité d'enseignement et de recherche et une pratique hospitalière. Elle développera aussi un large réseau relationnel de promotion de la médecine du travail et d'expertise, en France et à l'étranger.

Ses recherches, menées au CHU d'Angers, ont porté principalement, mais non exclusivement sur les lombalgies et les TMS⁹, qui tiennent également une place importante en ergonomie. L'étiologie plurifactorielle de ces pathologies nécessite, en effet, des coopérations multidisciplinaires, incluant l'ergonomie, pour analyser sur le terrain les activités et conditions de travail impliquées. Ses recherches et interventions ont touché également d'autres champs d'application, notamment la santé mentale au travail, l'addictologie et les personnes en situation de handicap.

Tout au long de cet entretien, les nombreux liens entre la médecine du travail et l'ergonomie ont été évoqués. Ces liens se sont renforcés et ont évolué en raison même de l'évolution de la médecine du

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 Dominique Penneau. mené en 2019 par Annie Drouin et Jean-Claude Sperandio. Source : site de la SELF. Lien : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2022/02/penneau-dominique.pdf>

² Version revue en février 2022

³ La Commission Histoire (de l'ergonomie francophone) est une commission interne de la SELF.

⁴ Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail

⁵ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

⁶ Certificat d'études spéciales (en sciences médicales)

⁷ Centre hospitalier universitaire

⁸ Professeur des universités praticien hospitalier

⁹ Troubles musculo squelettiques

travail et de celle de l'ergonomie, mais de façon paradoxale à certains égards, dont l'un des traits, et non des moindres, est que, si des ergonomes contribuent de plus en plus aux missions de santé au travail, et si la formation des médecins du travail en ergonomie a progressé, dans le même temps la participation de ceux-ci à la SELF et à ses congrès a fortement diminué ! Dominique nous en donne les raisons.

Arrivée à l'âge de la retraite, Dominique continue aujourd'hui encore une pratique médicale à temps partiel, une semi-retraite en quelque sorte ! L'entretien se termine sur la diversité des situations des travailleurs face à leur retraite, un sujet qui, depuis des années, voit les politiques et les syndicats se confronter, à la recherche d'une hypothétique date butoir commune...

Jean-Claude Sperandio (février 2022)

JCS : Merci, Dominique, de nous recevoir et d'avoir accepté cet entretien. Pour commencer, peux-tu te présenter, en indiquant ton lieu de naissance et ton âge, dire quelques mots sur tes origines familiales, sur ton parcours de formation et bien sûr comment as-tu rencontré l'ergonomie...

DPF : Je suis née à Vichy en mars 1944. À ma naissance, mon père, officier militaire de haut grade, était affecté au siège du gouvernement de Pétain, avec l'importante fonction de s'occuper des valises diplomatiques, ce qui lui permettait d'en faire des photocopies sensibles et de les faire parvenir à Londres, mais il a dû fuir. Il a trouvé refuge dans le Jura, région d'origine de mes grands-parents, où il a dirigé la résistance. De ce fait, je suis moi-même restée très peu de temps à Vichy et j'ai peu vu mon père pendant ma prime enfance.

Après la guerre, mon père, au lieu d'aller en Indochine, a été chargé de la reconstruction des « dommages de guerre » en différentes régions de France : Saint-Etienne, Lyon, Coutances, puis finalement Paris. Mes études ont suivi les étapes de cet itinéraire. J'ai ainsi fini ma scolarité à Paris et j'ai passé mon bac au lycée de Pontoise !

Que faire après le bac ? À cette époque, j'aimais et pratiquais à haute dose la danse classique ; j'envisageais même d'en faire carrière, mes parents me laissant libre, une fois bachelière, du choix de mon métier, mais la répétition fréquente des auditions d'un lieu à un autre m'a vite lassée. J'ai choisi de faire médecine, au motif qu'elle représentait pour moi le type même d'un métier utile.

J'ai fait la totalité de mes études médicales à Paris jusqu'au concours d'internat. À un demi-point près, j'ai loupé l'internat de Paris, mais j'étais bien classée pour plusieurs autres internats. J'ai choisi Angers car, mariée depuis la fin de mon externat, c'était le seul internat dont la localisation était commune à la fois pour mon mari et moi. Et c'est donc à Angers, à la fin de mon internat, que j'ai passé mon doctorat en 1975, dans le service de médecine interne, dans lequel j'ai été nommée chef de clinique. Ma qualification en médecine interne date de 1977.

AD : Quel a été le chemin qui, depuis la médecine interne, t'a conduite à la médecine du travail ?

DPF : Je n'ai pas moi-même véritablement choisi la voie de la médecine du travail, qui n'était d'ailleurs pas une orientation jugée valorisante dans mon milieu médical universitaire, c'est plutôt la médecine du travail qui est venue à moi, par la médecine préventive des étudiants. Pendant mon clinicat, en effet, j'ai dû prendre en charge la coordination du Service Universitaire de Médecine Préventive, par suite de la démission conflictuelle de son directeur d'alors, qui fut en quelque sorte chassé par son propre personnel. Déjà la médecine préventive évoluait, le personnel avait de nouvelles exigences.

Puis c'est le personnel IATOS¹⁰ universitaire qui, en 1977, m'a poussée encore davantage vers la médecine du travail, en se plaignant, en Conseil de gestion, de l'absence de médecine du travail universitaire et de l'absence de prise en compte des risques professionnels dans les laboratoires de recherche. C'est donc presque pour leur rendre service, si je puis dire, que j'ai accepté cette charge.

Je me suis inscrite au CES de médecine du travail à Paris, qui se faisait en 2 ans, et je l'ai obtenu en 1979. Pour moi, l'ergonomie, enseignée dans ce CES par Pierre Cazamian – avec qui j'ai ensuite continué de correspondre bien après sa retraite –, s'intégrait naturellement dans la médecine du travail en général. Parallèlement au CES, j'ai suivi et obtenu l'année suivante le DESup d'Ergonomie et d'Écologie Humaine que Cazamian organisait à Paris 1, entouré d'une petite équipe, dont François

¹⁰ Personnels ingénieurs, administratifs, techniques, ouvriers et de service

Hubault et d'autres collègues. La charge de travail était importante en plus de mon travail hospitalier, impliquant de fréquents déplacements.

J'ai rencontré Christophe Dejours, alors chef de clinique, qui préparait sa thèse et travaillait déjà sur un thème de psychopathologie du travail qui sera toujours le sien, « Travail et usure mentale », qu'il appellera plus tard la « psychodynamique du travail », sur la souffrance au travail faisant suite à des dysfonctionnements organisationnels et hiérarchiques des entreprises. Avec son accord, j'en ferai le thème de mon mémoire de CES : « Tentative d'étude ergonomique du rapport souffrance mentale - organisation du travail. Une expérience en service commun de l'Université ». Ce mémoire a été bien reçu.

Alors que je n'avais pas encore terminé le CES de médecine du travail, il m'a été demandé en 1978 de faire le cours de médecine du travail en remplacement du médecin inspecteur qui le faisait jusque-là et qui était tombé gravement malade. J'ai accepté, pensant que cette charge supplémentaire d'enseignement ne serait que provisoire. Elle ne le fut pas et la relève fut lourde, puisqu'elle comprenait un certificat de 25 heures en 2^d cycle, des cours d'hygiène et de nutrition, l'encadrement de thèses et de mémoires, etc., le tout venant s'ajouter à mon travail clinique dans le service de « Chroniques A », un service de 100 lits, dont 40 d'alcoologie et d'accueil des obésités morbides ! Ce fut pour moi une période de travail très intense en raison du cumul de ces différentes activités.

En 1980, j'ouvre la consultation de pathologies professionnelles au CHU. J'y fais aussi la médecine du travail de l'Université. Je coordonne le service de MTPH¹¹. Et de plus, je vais un jour par mois en service inter-entreprises dans une usine de métallurgie pour connaître mes confrères et avoir une pratique de médecine du travail du régime général.

JCS : Dans le récit des premières années de ton parcours, tu n'as pas évoqué une étape importante, ton agrégation de médecine...

DPF : C'est un peu plus tard. En 1981, j'ai été nommée chef de travaux (équivalent de maître de conférences maintenant). On manquait de postes, les créations se faisaient au compte-gouttes, il fallait se battre pour obtenir les postes dont nous avons besoin. Bien que doutant de mes chances de succès, je me suis toutefois présentée au concours d'agrégation de médecine du travail, que j'ai obtenue en 1982, avec à la clé un poste créé en médecine du travail / médecine interne, devenu par la suite Service de Médecine E. J'étais maître de conférences agrégée, sans être chef de service. En 1989, j'ai été nommée chef de service Professeur des Universités Praticien Hospitalier (PU-PH). Et j'ai ensuite continué toute ma carrière comme PU-PH, c'est-à-dire en conjuguant un travail universitaire d'enseignement et de recherche avec un travail de médecine clinique au sein du CHU, mais aussi à l'extérieur.

JCS : Dans ton CV, la liste de tes titres universitaires est longue et variée. J'ai noté parmi les spécialités, outre la médecine du travail et l'ergonomie qui se sont emboîtées dans la médecine interne, un DIU de toxicologie, un DESC et un DIU d'addictologie, d'autres encore. Comment ces spécialités, qui peuvent paraître étrangères les unes aux autres, s'intègrent-elles dans ton parcours et ta pratique médicale ?

DPF : Elles s'intègrent facilement, presque par nécessité, car les pathologies professionnelles sont extrêmement diverses, relevant de plusieurs spécialités médicales, souvent imbriquées les unes dans les autres. De plus, elles évoluent sans cesse en fonction de nombreux facteurs, comme les nouvelles technologies, la chimie, les changements de conditions de travail, d'environnements, d'organisation managériale, de métiers, et aussi par suite des changements réglementaires ou législatifs, etc. Il nous faut donc évoluer et être multi-compétents.

Par exemple, au cours de nos consultations de médecine du travail, on ne voit plus guère maintenant de patients présentant du saturnisme ou une gale du ciment, c'est rarissime, parce que des précautions sont prises qui ne l'étaient pas jadis ; de même pour l'amiante, dont on a connu progressivement la gravité. En revanche, le nombre et la diversité des TMS augmentent dans des métiers très différents, pas seulement dans des métiers impliquant de fortes charges physiques. Je pourrais parler longuement des TMS puisque c'est l'un de mes principaux thèmes de recherches, un sujet qui intéresse aussi beaucoup les ergonomes !

¹¹ Médecine du travail du personnel hospitalier

La toxicologie également ne cesse d'évoluer. Apparaissent des pathologies résultant d'intoxications à toutes sortes de nouveaux produits, en raison de l'emploi industriel et artisanal de nouvelles matières dangereuses manipulées sans précaution.

Dans un autre registre, les médecins du travail sont aussi confrontés de plus en plus à des RPS¹². Dans nos consultations, on voit de plus en plus se développer des pathologies qui relèvent de la santé mentale, incluant des risques suicidaires, auxquelles j'ai été sensibilisée dès mon internat.

JCS : L'enseignement semble avoir occupé une partie importante de ta carrière...

J'ai déjà un peu parlé de mes enseignements universitaires, dont les premiers ont commencé dès 1978. Je ne peux pas ici tout détailler, même s'ils occupaient une large part de mes activités, d'autant qu'ils ont changé selon les années et les besoins, comme c'est souvent le cas dans les universités. En bref, il s'agit d'enseignements relevant de la formation initiale d'étudiants de médecine (en 2^e et 3^e cycle), de formation continue et surtout d'enseignements cliniques auprès d'internes, sur des pathologies professionnelles et sociales, où l'ergonomie a sa place et doit être enseignée, ainsi que l'addictologie. Ces enseignements ne sont pas seulement des cours, mais des accompagnements d'étudiants dans la préparation des mémoires et des thèses et l'initiation à leur future pratique, auprès de patients hospitalisés dans nos services ou en consultation. Notre rôle est aussi de faire connaître les avancées des recherches, au fur et à mesure de ces avancées.

JCS : Tu as évoqué l'addictologie. Quels sont les liens avec la médecine du travail ?

DPF : L'addictologie a un lien direct avec le travail, mais évidemment pas seulement avec le travail : nous parlons de « prise en charge globale somato-psycho-socio-professionnelle des addictions ». Les addictions au tabac, à l'alcool, à des drogues, par exemple, créent des pathologies spécifiques, qui viennent se conjuguer avec des pathologies professionnelles classiques qu'elles aggravent, et vice-versa. Elles s'ajoutent à la longue liste des pathologies qui, sans être spécifiquement professionnelles, ne peuvent être ignorées ou sous-estimées en médecine du travail.

Par exemple, l'addiction à l'alcool est impliquée directement dans les questions de sécurité ; c'est d'ailleurs un motif d'inaptitude à certains métiers. Les troubles pulmonaires liés au tabagisme ont longtemps masqué et aggravé les effets de l'amiante, et faussé les diagnostics, quand on connaissait encore mal ce fléau. De plus, les addictions se combinent souvent avec des RPS. L'organisation du travail joue aussi un rôle très important. C'est pourquoi les équipes spécialisées dans la santé au travail doivent nécessairement être composées de compétences différentes et complémentaires, incluant des psychologues.

AD : Tes recherches ont été menées en équipes pluridisciplinaires, as-tu dit. Peux-tu nous en parler ?

DPF : La recherche a occupé une grande partie de mes activités. J'ai eu la chance, au cours de ma carrière, d'avoir été entourée de collaborateurs aussi actifs que compétents, en particulier le Dr Serge Fanello et le Dr Yves Roquelaure, pour la recherche et aussi pour les enseignements et plusieurs de mes activités externes.

Pour me limiter aux recherches les plus récentes, je peux citer celles réalisées dans le cadre du LEEST¹³, dont j'étais membre jusqu'à ces dernières années, créé en 2005 et dirigé par Yves Roquelaure. Depuis 2015, ce laboratoire est devenu ESTER¹⁴, composé d'une vingtaine de personnes de différents statuts et différentes spécialités. Les thématiques sont centrées sur les lombalgies et les TMS des membres et du rachis, étudiés d'une part sous l'angle épidémiologique et, d'autre part, sous celui de la conception, de la planification et de l'évaluation des interventions de prévention. Ces deux thématiques font aussi appel à des collaborations externes au plan national et international, dont plusieurs équipes d'ergonomie. Je travaillais plutôt sur la seconde thématique, qui était un gros projet animé au LEEST par Isabelle Richard.

Nos travaux concernaient principalement les interventions de prévention de la chronicité des lombalgies et le maintien dans l'emploi. La prise en charge repose sur plusieurs types de mesures, dont certaines de

¹² Risques psychosociaux

¹³ Laboratoire d'Ergonomie et d'Épidémiologie en Santé au Travail

¹⁴ Épidémiologie en Santé au Travail et Ergonomie

type ergonomique (aides techniques à la manutention, aménagement de postes, réorganisations, formations des personnels, etc.), à côté d'une prise en charge raisonnée des épisodes de lombalgies aiguës et une prise en charge précoce des lombalgies chroniques. Il a été établi que celles-ci représentent moins de 10 % de l'ensemble des lombalgies, mais génèrent plus de 80 % des coûts de santé induits. L'une des difficultés d'intervention sur les lombalgies, ou les TMS de façon générale, est leur caractère multidimensionnel et les réticences des entreprises à aborder les questions psychosociales d'organisation du travail ou de politique de ressources humaines, qui sont impliquées. Les approches classiques purement techniques se révèlent peu efficaces contrairement aux approches organisationnelle ou psychosociale, mais celles-ci sont difficiles à mettre en place pendant une période suffisamment longue pour produire des effets évaluables.

Le laboratoire ESTER, qui a pris de l'ampleur, continue maintenant, depuis sa création, le travail de recherche sur les TMS commencé au LEEST, mais étend et accentue sa problématique de santé au travail à la santé mentale, aux facteurs psychosociaux et aux cancers professionnels. L'ergonomie y reste l'un des quatre secteurs d'activité, à côté de l'épidémiologie, la biostatistique et la prévention des risques professionnels.

Quant à moi, au fil des ans, je me suis aussi investie dans d'autres thèmes que les TMS, comme la santé mentale au travail, par exemple, la souffrance au travail, les RPS, le harcèlement moral, la mise au placard, les tendances suicidaires, les situations de handicaps, etc. Leur approche diffère par rapport à celle de pathologies classiques. Il faut ici libérer la parole des personnes en souffrance, en organisant des groupes de paroles et des jeux de rôle, par exemple.

Au titre des changements réglementaires, il y a, par exemple, la rupture conventionnelle des contrats de travail, qui à certains égards peut être considérée comme une bonne chose, mais qui n'est pas sans dommage pour certains, notamment quand elle cache en réalité une délocalisation ou un limogeage et se traduit souvent par une perte d'emploi. On en connaît encore mal les conséquences.

Tous ces sujets me semblent très importants, et parfois encore trop sous-estimés, qui diffèrent des pathologies plus traditionnelles de la médecine du travail, comme était jadis la fameuse gale du ciment, que j'ai déjà évoquée, ou d'autres eczémas liés à certains métiers.

AD : Tes activités ont donc été nombreuses et diversifiées, mais tu es connue aussi pour l'animation de réseaux ayant trait à la santé au travail...

DPF : Comme je viens de le dire, mes activités ont été partagées principalement entre l'enseignement universitaire, la recherche en équipe et une pratique de médecine du travail, mais ont également inclus parallèlement un travail de promotion et de coordination de réseaux et des programmes de coopération, y compris à l'étranger. Ces différentes activités s'imbriquent en grande partie et j'ai eu plaisir à les marier, en les exerçant parfois simultanément.

Tout au long de ma carrière, je me suis beaucoup investie dans des activités de coordination et d'intérêt général variées, au sein de nombreuses commissions propres à l'Université, ou régionales, ou nationales, voire internationales.

Sur le plan universitaire, au niveau national, j'ai été membre du bureau du Collège national universitaire des enseignants en addictologie (CUNEA) et du Collège des enseignants de médecine du travail (CEHUMT).

Sur le plan régional, par exemple, j'ai été coordonnateur interrégional de la médecine du travail de l'Ouest (Bretagne, Poitou Charente, Centre Pays de Loire) de 1997 à 2005, et j'ai participé à pas mal d'autres actions régionales ou de réseaux de santé publique, notamment le réseau multidisciplinaire « Lombaction », piloté au LEEST par Yves Roquelaure et Audrey Petit, avec la collaboration d'autres partenaires régionaux, dont la mission est la prise en charge globale, de manière médico-socio-professionnelle, des lombalgies en milieu de travail. J'ai déjà parlé de ce type d'approche globale à propos de mes propres recherches sur les lombalgies.

Sur le plan international, j'ai été coordinatrice de missions ou de programmes de coopération, comme celui avec la Roumanie, dans le cadre du programme européen Tempus-Phare pour l'enseignement supérieur dans les pays de l'Europe centrale et orientale, commencé en 1990, ou encore des missions

d'expertise pour le Fonds social européen. Les missions en Roumanie se sont étalées sur 4 ans et constituaient un travail très important en temps et en charge, impliquant des déplacements et des contacts nombreux sur place, notamment avec des médecins, des juristes, des ergonomes et des inspecteurs du travail, en plusieurs villes et régions roumaines.

En Roumanie, avec un ingénieur des mines anglais, j'ai été nommée experte pour les mines de charbon de la vallée du Jiu. Surnommé par la presse le « Germinal roumain » ou « la vallée des larmes », ce principal bassin houiller de Roumanie avait été jadis prospère, mais les conditions de travail des mineurs y étaient particulièrement déplorables. Il y avait très souvent de grands brûlés, de grandes grèves y avaient déjà éclaté vers la fin des années 80 – encore à l'époque du *conducator* Ceaușescu – et se poursuivaient dans le désordre politique et économique du changement de régime. Notre conclusion fut qu'il fallait fermer trois puits sur cinq, malgré la fureur des mineurs en révolte qui nous faisaient peur en descendant violemment sur Bucarest !

J'ai également participé au développement de programmes CMEP (Comité mixte d'évaluation et de prospective) en Algérie, avec l'université de Sidi Bel Abbès. Une partie de mes déplacements en Algérie était liée aux doctorants algériens en formation à Angers et que nous soutenions chez eux, pour des soutenances de thèses, en particulier. À cette époque, c'est-à-dire au cours de la décennie 90, c'était assez risqué d'aller en Algérie car la situation y était particulièrement dangereuse (attentats, emprisonnements arbitraires, etc.) tant pour nos confrères algériens que pour nous. Après l'assassinat des moines de Tibhirine en 1996, l'angevin Hervé de Charrette, vice-président du Conseil régional des Pays de la Loire et alors ministre des Affaires étrangères, nous avait encouragés à accueillir des médecins algériens, y compris en urgence s'ils étaient menacés de mort, mais avec interdiction pour nous d'y aller.

JCS : Tes actions régionales n'ont-elles pas aussi concerné l'Aract ?

DPF : C'était au début des années 80, donc peu après mon CES de médecine du travail. La présidente de l'Université d'Angers, madame Geneviève Rivoire, une femme très active, avait invité Francis Jankowski, ergonomiste, à venir présenter l'Anact, que nous connaissions puisqu'elle était créée depuis 1973, mais qui cherchait à s'étendre dans les régions. Nous étions alors en pleine époque d'essor de la régionalisation, sous l'impulsion de Michel Rocard.

Geneviève Rivoire avait créé l'IUT d'Angers auparavant et dirigeait un labo CNRS sur le laser. Elle a soutenu la venue de « Janko » à Angers. Je la vois encore actuellement, chaque mois, dans un groupe de réflexion philosophique universitaire pluridisciplinaire, de cinq hommes et cinq femmes, avec un thème par an à décortiquer !

La perspective de régionalisation de l'Anact m'avait vivement intéressée. C'est pourquoi, avec Geneviève Rivoire, nous sommes allées à Nantes rencontrer Olivier Guichard, alors Président de notre région, pour présenter notre projet et obtenir une aide pour développer l'Anact en région Ouest. Nous voulions que ce soit à Angers plutôt qu'à Nantes, en raison de sa position géographique centrale et du dynamisme de son université. Olivier Guichard nous a reçues et nous a mises en contact avec le CESR (Comité économique et social régional) où nous avons pu exposer notre projet aux partenaires sociaux. À cette époque, la protection de la santé au travail n'était pas l'axe prioritaire de l'Anact, dont l'orientation majeure au niveau national visait l'amélioration des conditions de travail des entreprises en se focalisant plutôt sur l'organisation. Néanmoins c'est l'axe santé au travail que nous avons mis en avant, avec l'accord et le soutien des partenaires sociaux et du représentant local du Medef.

Ainsi sera créée, en 1985, l'Aract des Pays de la Loire, qui est actuellement toujours active. Francis Jankowski en sera son premier directeur, et j'en présiderai le comité d'orientation de 1986 à 2003. Dans la foulée, fédérant l'Aract, l'université d'Angers, les Grandes écoles de la région, et des services de médecine interentreprises, un institut d'ergonomie sera créé, qui fonctionnera jusqu'au départ de Jankowski.

Cette coopération avec l'Anact nous a aussi permis d'ouvrir en 1985 le diplôme d'ergonomie, soutenu par Hugues Monod, Bernard Metz, Simon Bouisset et Alain Wisner. L'ergonomie francophone aussi cherchait à se régionaliser davantage !

En octobre 1986, sous l'impulsion de Jankowski et le soutien matériel et financier de l'Aract des Pays de la Loire, se tiendra à Angers le 22^e congrès de la SELF, sous le titre « L'ergonomie améliore-t-elle

le travail ? », qui attirera 350 participants¹⁵. Ce fut pour nous un grand moment, d'autant qu'avant, nous nous étions rodés avec un colloque « Ergonomie dans les PME » !

JCS : Je me souviens d'une anecdote à propos de ce congrès auquel j'ai participé. En arrivant en gare d'Angers, un médecin du travail que je connaissais me dit : « Ah ! Vous aussi vous venez pour le congrès de médecine du travail ! ». Ce lapsus me semble significatif de la place de l'ergonomie en médecine du travail à cette époque. Les médecins du travail étaient alors nombreux à participer aux congrès ou colloques de la SELF, faisant même des communications, alors qu'ils s'y sont progressivement raréfiés depuis. Que penses-tu de cette diminution ?

DPF : La question est complexe, j'y vois plusieurs réponses. Le premier point est que, si l'ergonomie occupe maintenant une place plus importante qu'auparavant dans la formation des médecins du travail et joue un rôle plus important dans les pratiques du métier, le nombre de médecins du travail en France a beaucoup diminué. Il n'est donc pas étonnant, mathématiquement, qu'il y ait maintenant moins de médecins du travail fréquentant les congrès, pas seulement ceux de la SELF, et pas seulement les congrès d'ergonomie.

La pénurie de médecins du travail en France, très préoccupante pour la profession, a elle-même plusieurs causes, en particulier la réorganisation des cursus de médecine, avec la réforme du clinicat et de l'internat, qui impacte directement la formation et l'orientation des étudiants futurs médecins, et le fameux *numerus clausus* en fin de première année, dont on souffre encore ! Mais de longue date, s'orienter vers la médecine du travail n'était pas très valorisant – c'était déjà le cas quand j'étais moi-même encore étudiante –, des spécialités jugées plus prestigieuses étaient recherchées. Dans les CHU, il y avait peu de postes d'enseignants en médecine du travail.

La situation est loin de s'être améliorée à cet égard. Après une petite remontée du nombre de postes dans les années 1980, de courte durée, dont la médecine du travail a un peu bénéficié, quoique inégalement selon les régions, le nombre de postes offerts a beaucoup diminué, les doyens et les Conseils estimant que la médecine du travail n'est pas prioritaire, à une époque où tous les postes universitaires, toutes disciplines confondues, ont diminué.

On peut noter que de nombreux médecins du travail sont venus à la médecine du travail à partir d'autres spécialités médicales – ce fut mon cas, comme je l'ai déjà dit –, ce qui en soi n'est pas forcément un mal puisque la médecine du travail s'enrichit par des formations médicales diversifiées. Néanmoins, la pénurie de médecins du travail est d'autant plus désastreuse que la législation impose de nouvelles missions, en particulier des analyses pointues sur le terrain et des suivis médicaux particuliers, qui viennent s'ajouter au suivi médical ordinaire des personnels.

S'ajoutant à la nécessité de disposer de nouvelles compétences non directement médicales, la pénurie de médecins du travail a conduit progressivement à l'embauche de spécialistes non médecins, dont des ergonomes, aussi bien dans les services de médecine du travail interentreprises qu'en interne dans les grandes entreprises, et aussi dans les CHU. Ces ergonomes non médecins remplissent sur le terrain les missions d'ergonomie dont ils sont spécialistes, qui étaient auparavant dévolues aux médecins du travail et plus ou moins bien remplies par eux, en particulier les analyses de postes ou d'ateliers dangereux, faute des connaissances méthodologiques et techniques requises. À noter aussi que des ergonomes ont été embauchés dans les SST¹⁶ et les Sameth / Cap Emploi¹⁷ pour le maintien dans l'emploi de personnes handicapées en adaptant les postes. On peut supposer que globalement ces ergonomes de santé au travail fréquentent encore des congrès d'ergonomie !

Mon second point, concernant la diminution du nombre de médecins du travail fréquentant la SELF, est qu'il ne faut pas confondre la participation à ses congrès et l'intérêt pour l'ergonomie elle-même. Ne pas participer aux congrès de la SELF ne signifie pas que les médecins du travail ne s'intéressent plus à l'ergonomie. Ils s'y intéressent sans doute plus qu'auparavant, mais pas forcément via la SELF.

La SELF ne représente évidemment pas toute l'ergonomie. À ma connaissance, de nombreux ergonomes, médecins ou non médecins, sont loin d'être tous adhérents ! Et ceux qui sont adhérents ne

¹⁵ Résumé des communications dans *Le Travail Humain*, tome 508, n°2, 123-185

¹⁶ Santé Sécurité au Travail

¹⁷ Les OPS (Organismes de placement spécialisés) assurent les missions des Cap emploi et Sameth (Services d'Appui pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés)

participent pas systématiquement à tous ses congrès. La SELF a évolué depuis sa création. L'orientation physiologique dominante qu'elle avait à ses débuts la rendait proche de la médecine du travail et offrait aux médecins du travail, non formés à l'ergonomie, des opportunités de formation complémentaire, à une époque où la plupart d'entre eux la découvraient sur le terrain tout comme l'usage qu'ils pouvaient en faire dans leur pratique.

L'instauration du fameux « tiers temps » date de 1979 : « Le médecin du travail doit passer le tiers de son temps sur les lieux de travail ». Dans les premiers congrès et colloques organisés par la SELF, les thématiques traitées répondaient bien aux préoccupations des médecins du travail de l'époque, dont la plupart n'avaient pas eux-mêmes reçu une formation à l'ergonomie durant leurs études et se trouvaient notamment mal à l'aise d'avoir à exercer une partie de leur activité à l'analyse de postes de travail ou d'ateliers.

Une fonction appréciée de ces congrès, à cette époque, était donc pédagogique, outre l'opportunité de rencontres et d'échanges entre confrères. Leur coût pouvait même entrer dans un budget de formation. Les choses ont changé à cet égard. Les budgets individuels qui, dans les services, peuvent être consacrés aux congrès sont plus limités qu'ils l'étaient. Il y a des priorités, il faut donc faire des choix.

Progressivement, la SELF et l'ergonomie francophone en général ont élargi le « champ ergonomique », la rendant moins proche de la médecine du travail, ou du moins, moins proche des préoccupations immédiates des médecins du travail au quotidien, même si certains champs d'intérêt restent communs, comme les TMS, par exemple. La baisse de fréquentation ne tient pas seulement au fait que les thématiques sont devenues moins physiologiques – beaucoup de thèmes non physiologiques sont susceptibles d'intéresser les médecins du travail –, mais plutôt qu'elles ne portent plus ou trop rarement sur des résultats de recherche ou des méthodologies transposables en médecine du travail.

Pour la même raison, parmi les participants aux congrès de la SELF on observe une diminution forte du nombre de chercheurs, qu'ils soient médecins ou non, par rapport aux ergonomes consultants. Déjà, lors du congrès d'Angers en 1986, cette diminution inquiétait les participants et fut l'objet d'un des sous-thèmes traités.

Les sujets qui intéressent les médecins du travail ne se limitent pas à des thèmes physiologiques ou strictement médicaux ou liés au travail physique. De nombreux facteurs psychosociaux et organisationnels, impliqués notamment dans les TMS, sont traités dans les congrès de médecine du travail. De même que les RPS. Déjà en 1991, par exemple, l'un des thèmes du congrès de médecine du travail, qui se tenait cette année-là à Besançon, était la charge mentale face à l'essor de l'informatique dans les métiers, un sujet récurrent !

La santé mentale, le travail numérique, les nouvelles formes de management, etc. sont des thèmes fréquents dans les congrès de « médecine et santé au travail », dans lesquels il y a aussi des sessions consacrées à l'ergonomie, mais à une ergonomie directement en prise avec les préoccupations du métier de médecin du travail. C'est un signe que la profession a su s'approprier la part de l'ergonomie qui l'intéresse directement.

AD : Parmi les changements qui ont modifié les activités des médecins du travail, il y a la création des Services de santé au travail (SST) constitués d'équipes pluridisciplinaires. Au-delà du changement d'intitulé, qu'est-ce qui a changé, concrètement ? La délégation de responsabilités et d'actions apporte-t-elle une plus-value aux politiques de santé ?

Le travail des médecins a changé par le fait de responsabilités élargies et l'ajout de nouvelles missions qui nécessitent des compétences nouvelles. Plusieurs changements législatifs ont impacté le rôle et le métier des médecins du travail, allant dans le sens d'un travail plus collectif incluant des spécialistes non-médecins. Quelques dates :

- 2001, mise en place du document unique d'évaluation des risques professionnels ;
- 2002, transformation des services de médecine du travail en « services de santé au travail » et création des experts techniques IPRP (Intervenants en prévention des risques professionnels) ;
- 2012, mise en place obligatoire d'équipes pluridisciplinaires et priorité à la prévention primaire ;
- 2016, volet santé de la loi Travail, adaptation du suivi individuel des personnels aux types de risques auxquels ils sont exposés ; renforcement de l'accompagnement médico-social des travailleurs en situation de handicap, impliquant directement le médecin du travail.

Cette liste est loin d'être exhaustive. Dans les services – qu'on les appelle de médecine du travail ou de santé au travail, peu importe – interviennent bien sûr des médecins, mais aussi des ergonomes non médecins, des ingénieurs chimistes, des IPRP (évoqués ci-dessus), et aussi des psychologues du travail, et si besoin, des spécialistes de certaines particularités des conditions de travail ou des métiers, lesquelles sont en évolution constante du point de vue technique et environnemental.

C'est peu dire que la santé au travail est largement multidisciplinaire. L'ergonomie s'intègre maintenant dans les services de santé au travail plus largement et de façon plus fluide qu'elle s'intégrait jadis dans les services de médecine du travail traditionnels, mais elle est maintenant exercée directement par des ergonomes plutôt que par les médecins du travail eux-mêmes, bien que ceux-ci soient plus ouverts à l'ergonomie et mieux formés qu'auparavant. Des infirmières du travail, qui remplacent les médecins dans certaines tâches, sont aussi maintenant plus ou moins formées à l'ergonomie. Les médecins peuvent et doivent déléguer pour les missions qui ne sont pas strictement médicales, qui exigent des compétences particulières. L'ergonomie a sa place dans l'articulation de différentes spécialités.

Cela étant, si la pluridisciplinarité est indispensable, sa mise en place n'est pas toujours facile entre spécialistes ayant des compétences et des cultures professionnelles différentes. La délégation de responsabilités peut probablement ici ou là susciter des querelles d'ego ou des tensions de subordination hiérarchique mal vécue, mais dans l'ensemble, les rapports se passent plutôt bien !

JCS : Nous arrivons au terme de cet entretien. Nous sommes admiratifs de toutes les activités si variées que tu as menées et continues à mener, certaines directement en lien avec l'ergonomie. Se profile peut-être maintenant l'idée d'une retraite bien méritée ?

DPF : Je continue à travailler et à cotiser pour ma retraite ! J'aurais pu m'arrêter complètement depuis quelques années, mais je préfère continuer certaines activités, partiellement en retraite, si l'on peut dire, à mon rythme et me laissant plus de temps pour m'occuper de mes petites-filles ! Je continue notamment à donner des consultations, des examens de reprise, etc. Tant que je peux le faire, tant qu'on me sollicite pour le faire, je continue.

AD : La question de l'âge « idéal » de la retraite fait polémique et empoisonne les réformes que les gouvernements successifs veulent mettre en place !

DPF : Les arguments ne sont pas seulement médicaux, mais aussi économiques, voire démographiques. Les personnes qui ont fait un métier fatigant, en particulier avec des ports de charge importants, des gestes et des mouvements répétitifs, des stress, ou ont été exposées à des environnements agressifs – je pense notamment aux ouvriers des secteurs du BTP¹⁸ – méritent de s'arrêter avant qu'il soit trop tard. C'est même une nécessité pour leur santé, d'autant que, le plus souvent, ces gens sont entrés jeunes dans la vie active et totalisent de nombreuses années de travail pénible. On trouve ces métiers même dans nos CHU.

Certains régimes spéciaux de retraite propres à certains métiers ou certaines entreprises, ont été créés pour tenir compte des états de santé des personnels concernés. L'exemple historique typique est celui de la retraite avantageuse dont bénéficiaient les mineurs de fond, répondant à la trop fameuse silicose des mineurs.

En revanche, ceux qui ont fait des études longues, sont entrés plus tard dans la vie active, n'ont pas exercé des métiers physiquement trop contraignants, eux devraient pouvoir travailler au-delà de l'âge légal officiel des départs en retraite, sans difficulté médicale majeure. C'est le cas des médecins, entre autres professions qui peuvent s'exercer longtemps.

Mais il y a évidemment de fortes différences individuelles, même au sein d'un même métier. Et l'une des difficultés, et non des moindres, sera d'évaluer pour chaque individu son capital de pénibilité reconnue, pendant toute sa vie professionnelle, pour pouvoir être prise en compte avec justice dans le calcul de la pension. La pénibilité doit être évaluée par branches professionnelles, par métiers et pour chaque personne.

L'avis du médecin du travail pourrait apporter un peu plus de justice et même d'économie pour la société, car laisser les gens travailler au mépris de leur santé a un coût en soins chirurgicaux (rachis,

¹⁸ Bâtiment et travaux publics

épaules , bras , genoux, etc.) d'usure prématurée. Nous faisons des visites de fin de carrière, qu'il faudrait anticiper, pour être utile !

JCS : Un dernier point pour finir. Tu as été nommée, en avril 2009, au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur. Les félicitations ministérielles soulignent que « cette distinction couronne un parcours professionnel exemplaire et des mérites éminents ». Ce sera notre conclusion !

DPF : J'ai surtout très apprécié que ce soit ma chère Roselyne Bachelot, alors ministre de la Santé, qui me l'a remise dans l'ancienne chapelle du CHU, avec les superbes tableaux de l'hôpital St Jean ; Roselyne l'Angevaine, que je connais depuis son premier poste de députée et conseillère générale, elle siégeait avec moi au comité d'éducation pour la santé, pour la première fois ! Elle est restée ma suppléante dans une association en faveur des handicapés mentaux et malades psychiques !

AD et JCS : Merci, Dominique !