

---

# *Doctoriales ARPEGE –RJCE 2020 : Le Travail en Equipe Pluridisciplinaire : quelles ressources pour soutenir la Collaboration Interprofessionnelle et le Potentiel d'action des professionnels de santé au travail ?*

**Claire Millet**

Université Toulouse – Jean Jaurès, 31000 Toulouse – [claire.millet@univ-tlse2.fr](mailto:claire.millet@univ-tlse2.fr)

**Béatrice Barthe**

Université Toulouse – Jean Jaurès, 31000 Toulouse – [beatrice.barthe@univ-tlse2.fr](mailto:beatrice.barthe@univ-tlse2.fr)

---

## **RÉSUMÉ**

Au regard de la complexité et de l'étiologie multifactorielle des problématiques de santé au travail, l'enjeu de la pluridisciplinarité dans les services interentreprises de santé au travail (SIST) est d'amener les acteurs à confronter leurs points de vue spécialisés et à intégrer ceux des autres tout en restant des professionnels compétents dans leur discipline. Or, si tant est qu'elle puisse se décréter, la pluridisciplinarité n'est pas spontanée, il y a des déterminants à ce qu'elle se crée, se développe et fonctionne. Cette thèse de doctorat en Ergonomie et la présente communication proposent donc des perspectives d'analyse du travail en équipe pluridisciplinaire dans un objectif de compréhension des possibilités d'action des professionnels de santé au travail d'une part, et dans un objectif de transformation des situations de travail en vue de développer des ressources qui soutiennent une collaboration interprofessionnelle « efficiente » d'autre part.

## **MOTS-CLÉS**

Pluridisciplinarité, Collaboration, Potentiel d'action, Stratégie d'intervention, Marges de manœuvre.

---

## **1 INTRODUCTION**

Le projet de thèse a été co-construit avec un SIST dans le cadre d'une convention CIFRE et dans la continuité de travaux menés en son sein, à l'occasion de stages et de mémoires de Master 1 et 2. De ces précédents travaux, centrés sur l'activité des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), nous avons pu relever certaines des contraintes que ces professionnels rencontrent dans la conduite d'actions en milieu de travail, en lien notamment avec des difficultés à fonctionner en équipe pluridisciplinaire : méconnaissance des rôles de chacun, absence d'un référentiel commun et logique de prescription qui régit les relations de travail (Millet, Costes, & Barthe, 2017). D'après les résultats du récent du rapport Anses PLURIPREV (Caroly & Al., 2016), les difficultés à mettre en œuvre la pluridisciplinarité varieraient en fonction : du contexte réglementaire afférent à la santé au travail ; de la nature du risque pris en charge ; des ressources disponibles dans le métier (conférées par les fonctions et statuts des professionnels et leurs conditions d'exercice) ; et des marges de manœuvre données par l'organisation du travail (la structure organisationnelle des SIST, leurs projets de services pluriannuels et la possibilité qu'ils offrent aux équipes d'élaborer des outils de travail en sont des indicateurs). Au regard de ces premiers éléments, la présente recherche répond à une demande implicite de la direction du SIST financeur de la thèse dont la volonté est de



capitaliser des « bonnes pratiques » de collaboration pour orienter les équipes vers des modes d'intervention pluridisciplinaires « efficaces », c'est-à-dire répondant à l'enjeu de prévention primaire posé par les principes généraux de prévention.

Par ailleurs, ce projet de thèse n'aurait pas pu naître sans notre collaboration avec le Dr Yolande Esquirol<sup>1</sup>, coordinatrice de l'étude interventionnelle « Au cœur de la nuit » à laquelle nous avons participé avec le SIST financeur, et dont l'objectif est d'évaluer et comparer les effets de mesures de prévention individuelles (suivi médical) et collectives (actions en milieu de travail) sur le système cardiovasculaire et la cognition des travailleurs de nuit. Dans le cadre de cette étude, des équipes pluridisciplinaires de plusieurs SIST ont assuré le bilan médical des travailleurs participants, ont relevé des données à leurs postes de travail et ont recensé les actions à mener sur le mode « organisation » afin de délivrer des conseils de prévention standardisés, individuels et collectifs. Aussi, avec l'accord du comité scientifique de l'étude « Au cœur de la nuit », la thèse actuellement menée se donne l'objectif de solliciter les équipes ayant participé au protocole interventionnelle, dans la perspective d'appréhender les dimensions collectives que revêt le déploiement d'une démarche d'intervention/prévention. Par ses aspects invariants, le protocole constitue selon nous une unité d'analyse qui doit faciliter le repérage de variabilités inter-équipes et inter-SIST.

## **2 CADRE EMPIRIQUE ET THEORIQUE**

### **2.1 Domaine concerné et problématique dans ce contexte**

Les réformes de la santé au travail, orientées vers le développement de la pluridisciplinarité, ont engagé de profondes mutations : redéfinition des métiers de la santé au travail, introduction de nouveaux métiers et déplacement des objectifs des SIST vers une approche globale des conditions de travail impliquant la combinaison de compétences techniques, organisationnelles et médicales. Pour articuler ces compétences, les prérogatives réglementaires attribuent au médecin du travail le rôle de coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire. Mais, s'il est stipulé que le médecin du travail « anime et coordonne » l'équipe pluridisciplinaire, ce sont « les services de santé au travail [qui] définissent les modalités de la collaboration entre l'intervenant en prévention des risques professionnels et le médecin du travail » (Art. R.4623-35 CT). Ces constats, couplés aux difficultés à mettre en place la pluridisciplinarité évoquées plus haut, nous interrogent sur la façon dont l'expertise et les compétences de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire sont effectivement articulées dans le déploiement de leur activité de conseil et sur les possibilités d'action qui en découlent. Les questions inhérentes à ce contexte de pluridisciplinarité se posent à deux niveaux :

A des fins de compréhension du travail réel : Comment ces professionnels se saisissent d'un cadre qu'ils n'ont pas choisi pour construire des modalités de collaboration ? Comment articulent-ils leurs compétences et coordonnent-ils leurs actions pour répondre à leur mission de conseil et d'accompagnement, et à l'enjeu de prévention primaire ? Quelles stratégies d'intervention en découlent ? Selon quelles marges de manœuvre ? Avec quels effets sur les bénéficiaires ? Avec quels effets sur le développement professionnel des intervenants ?

A des fins de transformation des situations de travail : Comment organiser des activités réflexives collectives qui contribuent à enrichir la compréhension des situations de travail ? Quelles perspectives en tirer pour penser des formes d'organisation du travail qui soutiennent la collaboration interprofessionnelle et le potentiel d'action des équipes pluridisciplinaires ?

### **2.2 Vue d'ensemble brève des travaux et approches existants**

Au regard de ces éléments, notre revue de la littérature tend à proposer un cadre d'analyse du travail pluridisciplinaire qui intègre les concepts de collaboration interprofessionnelle, d'activité, de stratégie d'intervention, de marges de manœuvre et de potentiel d'action.

---

<sup>1</sup> Rattachée au service des maladies professionnelles et environnementales (CHU de Toulouse) et à l'UMR 1027 (Université Paul Sabatier Toulouse III – Inserm).

Les modélisations de l'activité collective développées en ergonomie (Leplat & Savoyant, 1983 ; Leplat, 1993 ; Barthe & Quéinnec, 1999 ; De la Garza & Weill-Fassina, 2000 ; Caroly & Weill-Fassina, 2007) nous invitent à envisager le travail collectif selon un continuum allant de ses formes élémentaires (co-présence, co-action, co-activité) à des formes plus évoluées (collaboration, coopération et entraide). La collaboration interprofessionnelle, concept développé dans la littérature Québécoise pour comprendre l'activité des professionnels exerçant en services de santé de première ligne, nous semble particulièrement pertinent au regard de notre situation d'étude. Rapportée aux métiers socio-sanitaires, elle est envisagée comme la mise en commun de l'expertise, des compétences et des connaissances des professionnels au service des patients, pour une meilleure prise en charge de ces derniers (D'amour, 1997 ; D'amour & Al., 1999). A partir de ces travaux, Careau & Al (2015) ont défini un continuum précisant plusieurs niveaux de collaboration interprofessionnelle : (1) la pratique indépendante, où la collaboration est inexistante ; (2) la pratique en parallèle, où la collaboration est motivée par la volonté de s'informer de l'action de l'autre ou de tenir l'autre informé de sa propre action, sans que cela ne découle nécessairement sur un véritable échange ; (3) la pratique par consultation/assistance, où la collaboration est motivée par un besoin d'échanger de l'information avec au moins un autre professionnel ou de demander sa contribution dans le but d'améliorer le service à rendre ; (4) la pratique par concertation, où la collaboration repose sur l'intention de planifier et de coordonner l'offre de soins et de services, supposant des prises de décision concertées ; et (5) la pratique de services partagées, où la collaboration repose sur l'intention d'agir conjointement, en interdisciplinarité.

Pour Daniellou et Mohamed-Brahim (2005) deux conditions sont nécessaires pour développer une collaboration interprofessionnelle « efficace ». La première condition consiste, pour les professionnels impliqués dans la relation de travail, à comprendre le monde de référence de l'autre, qui n'est pas réductible au monde professionnel (chacun a une histoire personnelle, une trajectoire antérieure, des engagements syndicaux et/ou associatifs, etc.). La seconde consiste à établir un diagnostic préalable à l'interprofessionnalité, qui doit permettre de saisir :

- Le réseau des exigences et des contraintes avec lequel les interlocuteurs se débattent ;
- Des éléments sur l'histoire d'une profession ;
- Le processus de développement des métiers des professionnels avec qui on travaille ;
- La définition d'un objet commun ;
- Les marges de manœuvre et mécanismes de régulation possibles ;
- Les objets intermédiaires à investir en tant que supports de collaboration utilisables par les professionnels et par leurs interlocuteurs.

Autrement dit, s'inscrire dans une pratique pluri- ou interprofessionnelle ne va pas de soi et repose sur les possibilités d'articuler activités individuelle et collective d'une part, et activités productive et constructive d'autre part. Ce constat nous amène à penser l'activité comme une ressource pour le développement de l'organisation du travail pluridisciplinaire (Hubault & Bourgeois, 2013).

Pour l'analyste du travail, révéler les déterminants d'une collaboration interprofessionnelle efficiente et les ressources qui soutiennent le potentiel d'action des équipes de santé au travail nécessite donc que le travail réel soit mis en visibilité et en discussion. Nous assumons ici le terme d'efficience qui, selon nous, rend compte d'une double visée que partage l'intervention ergonomique : la performance (donner les moyens aux professionnels de santé au travail d'apporter des réponses cohérentes aux demandes sociales qu'ils traitent) et la santé (se développer professionnellement et d'un point de vue identitaire). Quant à la notion de potentiel d'action, que nous mettons en lien avec les concepts de « pouvoir d'agir » (Clot, 2001 ; 2008 ; Rabardel, 2005), de « capacités » (Sen, 1985 ; 2003 ; Falzon, 2010) et de « zone proximale de développement » (Vygotski, 1934), elle renvoie à l'ensemble des possibles qu'un individu élabore et développe tout au long de son expérience, quand il résout des problèmes de manière individuelle ou collective, le rendant de plus en plus performant pour répondre à la variabilité des situations (Mollo & Nascimento, 2013). La prise en compte de ces possibles ne peut se faire sans une attention portée à l'organisation du travail prescrite : la réglementation, la structure organisationnelle du SIST d'appartenance, la représentation et les attentes de la direction, le projet de service pluriannuel et la possibilité laissée aux équipes

d'élaborer des outils de travail sont autant d'indicateurs qui permettront de caractériser leurs marges de manœuvre et d'expliquer les difficultés à mettre en œuvre la pluridisciplinarité (Caroly & al., 2016). En ce sens, des formes d'organisation permettant une activité constructive réflexive favoriseraient l'accroissement des marges de manœuvre et du potentiel d'action des acteurs par la création ou le soutien d'un collectif inter-métiers (Caroly, 2013 ; Millet, Costes & Barthe, 2017). En effet, tandis que l'activité productive est tournée vers l'accomplissement de tâches pour l'atteinte d'objectifs concrets, l'activité constructive, elle, est tournée vers l'élaboration de ressources internes et externes permettant d'envisager l'activité future (Samurçay & Rabardel, 2004). La mise en visibilité du travail et de ses dimensions individuelles et collectives est donc essentielle pour co-élaborer des connaissances soutenant les initiatives de changement et les transformations du travail et de l'organisation (Mollo & Nascimento, 2013 ; Barcellini & Caroly ; 2013 Barcellini, 2017).

Si les dimensions collectives sont communes à tout type de travail humain, elles revêtent tout de même des caractéristiques particulières dans les métiers du service dont les activités sont centrées autour de leur rapport à un usager ou à un client. Bien que certaines dimensions du travail adressé à autrui peuvent être anticipées, évaluées, gérées et régulées, ces métiers se caractérisent également et surtout par une certaine incertitude et une imprévisibilité qui pousse à produire des activités de travail toujours différentes dans des situations de travail singulières. Pour Compagnon et Cerf (2000 ; citées par Vallery, Cerf, Leduc & Compagnon-Piscia, 2005), l'activité de conseil peut s'analyser au regard de trois fonctions principales : la résolution coopérative de problèmes, la gestion de la relation dans le temps et la prescription. C'est pour combiner ces trois fonctions au cours de la relation de service avec le bénéficiaire que l'intervenant élabore des stratégies. On imagine donc que les équipes investies dans l'étude « Au cœur de la nuit » ont pu élaborer des stratégies d'intervention tout à fait singulières, malgré le modèle d'intervention prescrit et standardisé auquel elles ont été formées, d'autant plus que des résistances peuvent se présenter dans les terrains d'intervention investigués (Laneyrie, 2015). Ces constats nous amènent à envisager que la stratégie d'intervention se décline à travers deux notions : l'« expérimentation réglée » et l'« expérience vécue » (Schwartz, 2000 ; Daniellou, 2006). La première notion suppose que des stratégies sont influencées par la théorie sous-jacente de l'intervenant (Argyris et Schön, 1974), avec l'idée que l'intervention est construite grâce à des connaissances et modèles qui permettent d'anticiper certaines de ses dimensions. Ces stratégies sous-jacentes reposent sur la relation moyens/finalités qui se planifie en différents niveaux (objectif général ou global, objectifs spécifiques ou intermédiaires, résultats attendus et tâches) et permettent notamment de comprendre le cheminement causal de l'intervenant (Berthelette, 2002 ; Landry, 2008 ; Laneyrie, 2015). La seconde notion suppose que s'élaborent des stratégies d'implantation qui, elles, relèvent de la « théorie mobilisée » (Argyris et Schön, 1974), avec l'idée que l'activité d'intervention est variable malgré les anticipations (singularité de la situation, des personnes, des collectifs, des éléments de contexte, etc.). Pour que l'activité produise de nouvelles règles, en fonction de chaque situation, il faut que l'organisation du travail autorise des marges de manœuvre et des mécanismes de régulation des professionnels et des collectifs auxquels ces derniers appartiennent (Hubault & Bourgeois, 2013).

Au regard de ces éléments et de notre cas d'étude, notre question de recherche peut être formulée ainsi : *Comment créer les conditions favorables au développement d'une collaboration interprofessionnelle efficiente en vue de soutenir le potentiel d'action des équipes de santé au travail ?* Cette question de recherche sera appréhendée selon deux hypothèses :

- (1) La possibilité de pratiquer une activité réflexive et d'élaborer des stratégies d'intervention de manière collective favorisent l'accroissement des marges de manœuvre présentes dans l'organisation et les situations de travail.
- (2) L'accroissement des marges de manœuvre favorise le développement d'une collaboration interprofessionnelle efficiente et soutient le potentiel d'action des équipes de santé au travail.

### 3 CADRE METHODOLOGIQUE

Compte tenu de notre question de recherche et de nos hypothèses, la méthodologie projetée doit permettre de viser les objectifs suivants :

- (1) Appréhender les dimensions individuelles et collectives de l'activité d'intervention des équipes de santé au travail au regard de leurs possibilités d'actions
- (2) Agir sur les situations de travail et ces possibilités d'actions en mettant en visibilité et en débat le travail réel

Pour viser ces objectifs, comme évoqué plus haut, nous nous appuyons sur les données existantes du protocole 2 de l'intervention « Au cœur de la nuit », dont la démarche standardisée nous sert d'unité d'analyse et facilite le repérage d'éléments de variabilités ou d'invariants entre les équipes interrogées.

Plusieurs méthodologies qualitatives sont envisagées : l'analyse de cas d'interventions pluridisciplinaires a posteriori (menés dans le cadre du protocole 2) et la conduite de différentes formes d'entretiens (exploratoires, auto-confrontation individuelle et confrontation collective...).

#### 3.1 Population

26 équipes pluridisciplinaires de santé au travail ont été mobilisées dans le déploiement du protocole 2 de l'étude « Au cœur de la nuit ». Un échantillonnage de 6 équipes a été retenu. En effet, l'étude a débutée en 2015 mais s'est achevée avec du retard, en septembre 2019. Dans ce laps de temps, il y a eu des « pertes », tant au niveau des entreprises participantes (des salariés comme des directions n'ont pas souhaité aller au bout du protocole) que des équipes pluridisciplinaires investies (départs et mouvements au sein de certaines équipes depuis 2015).

Pour les 6 équipes retenues, l'ensemble des corps de métiers (MDT/AST/IDEST/IPRP) étant intervenus à un moment donné du déploiement du protocole 2 est sollicité. A ce jour, 4 équipes sur 6 ont fait l'objet du recueil de données et présentent les caractéristiques suivantes :

	Composition	Effectif du SIST	Région	Ville
Equipe 1	MDT / AST / IDEST / 2 IPRP	< 200	Occitanie	Toulouse
Equipe 2	MDT / AST / IPRP	< 200	Occitanie	Toulouse
Equipe 3	MDT / AST / IDEST / 3 IPRP	< 50	Occitanie	Saint-Gaudens
Equipe 4	MDT / AST / IDEST	< 200	Occitanie	Perpignan

Tableau 1 : Caractéristiques des équipes de santé au travail interrogées

#### 3.2 Protocole

Pour appréhender l'activité individuelle et collective des professionnels de santé au travail interrogés et mettre en visibilité et en débat le travail réel, il est envisagé une méthodologie en plusieurs étapes :

1. Recueil et analyse de documents portant sur l'organisation de travail du SIST d'appartenance (fiches de postes, organigramme, projets de service...)
2. Conduite d'entretiens individuels exploratoires auprès de l'ensemble des membres des équipes constituant l'échantillon (1h)
3. Recueil et analyse de « traces » des interventions menées dans le cadre du protocole 2 de l'étude « Au cœur de la nuit » (issues des logiciels métiers, des journaux d'intervention)
4. Conduite d'entretiens d'auto-confrontation individuelle avec ces traces auprès de l'ensemble des membres des équipes constituant l'échantillon (1h)
5. Conduite d'entretiens de confrontation collective avec ces traces auprès de l'ensemble des équipes constituant l'échantillon (3h).

#### 3.3 Explicitation des outils et des méthodes d'analyse projetées

Le *recueil des documents* portant sur l'organisation de travail (fiches de postes, organigramme, projets de service...) doit nous permettre de procéder à l'analyse comparative des modes de

fonctionnement pluridisciplinaire des SIST (composition et effectif des équipes) de notre échantillon et doit contribuer à caractériser les marges de manœuvre organisationnelles des professionnels interrogés.

Un *guide d'entretien exploratoire* a été élaboré pour interroger individuellement l'ensemble des professionnels constituant l'échantillon sur leur activité quotidienne hic et nunc. L'analyse de contenu de ces entretiens doit contribuer à la recherche d'indicateurs portant sur les marges de manœuvre organisationnelles (inhérentes aux ressources disponibles dans l'organisation du travail, dans le métier d'appartenance, dans les collectifs métiers et inter-métiers et dans la/les relation(s) de service) et la collaboration interprofessionnelle.

Les *traces d'intervention* sont un ensemble de données interprétables dont le recueil peut se faire à partir de données objectives issues d'observation ou de documents écrits, ou encore à partir de données subjectives issues d'une explication de l'activité par l'opérateur. Pour chaque cas d'intervention, l'analyse de ces traces doit nous permettre d'élaborer, à l'aide du logiciel Actograph, des monographies retraçant la chronologie du déploiement du protocole et les actions plus ou moins interdépendants des membres de l'équipe menées à chaque étape. Ces monographies, doivent ensuite servir de supports à l'auto-confrontation et à la confrontation collective.

Un *guide d'entretien réflexif* a également été élaboré comme support à l'auto-confrontation individuelle et à la confrontation collective des professionnels de l'échantillon aux « traces » d'intervention préalablement mises en forme. L'analyse de contenu de ces entretiens réflexifs doit nous permettre de rechercher des indicateurs de marges de manœuvre situationnelles (inhérentes aux ressources mises à disposition par le protocole et par les bénéficiaires), de collaboration interprofessionnelle, de stratégie d'intervention et d'efficacité. Pour cela, une attention particulière est portée aux/à :

- Freins et leviers rencontrés dans le déploiement du protocole ;
- Stratégies sous-jacentes à l'intervention (argumentaire, explicitation du cadre de la démarche et des objectifs poursuivis à chaque étape, etc.) et stratégies d'implantation (mécanismes de régulation, ajustements opérés, etc.) élaborées (individuellement ou collectivement) par les intervenants ;
- Processus d'intervention collective (modalités de pilotage, temps de coordination alloués, décisions prises, etc.)
- Résultats et aux impacts de l'intervention (écarts potentiels entre effets visés, atteints, prévus, inattendus mais non annoncés, différés, reportés...).

Les *techniques d'auto-confrontation* consistent à confronter la personne interrogée à sa propre activité et à expliciter les logiques qui la sous-tendent (Clot, 1999; 2008). Elles peuvent être exploitées de manière individuelle ou collective et peuvent être utilisée dans une perspective compréhensive ou d'action (Mollo & Falzon, 2004) : en explicitant leur propre activité ou en étant confronté à l'activité de leurs collègues, les opérateurs acquièrent une meilleure compréhension de leur activité, modifient leurs connaissances, adaptent leurs procédures et en construisent de nouvelles.

#### **4 BIBLIOGRAPHIE**

Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in Practice Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.

Barcellini, F. (2017). *Intervention Ergonomique Capacitante : bilan des connaissances actuelles et perspectives de développement*, *Activités* [En ligne], 14, 2 : <http://activites.revues.org/3041>

Barcellini, F. & Caroly, S. (2013). *Le développement de l'activité collective*. In Falzon, P. (dir.). *Ergonomie Constructive*, PUF, pp. 33-46

Barthe B., & Quéinnec Y. (1999). *Terminologie et perspectives d'analyse du travail collectif en ergonomie*, *L'année Psychologique*, 4, pp. 663-686.

- Berthelette, D. (2002). Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité du travail. In D. Harisson & C. Legendre (Eds.), Santé et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel (pp. 107-128). Sainte Foy : Les Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Caroly, S. (2013) Les conditions pour mobiliser les acteurs de la prévention des TMS : construire du collectif de travail entre pairs pour développer le métier et favoriser le travail collectif pluri-professionnel, Le cas de médecins du travail, Pistes, 15, 2
- Caroly, S., Bellemare, M., Davezies, P., Dugué, B., Coutarel, F., Garrigou, A., Landry, A., Petit, J., Poussin, N., Prud'Homme, D. (2016) Les conditions d'une activité collective entre les acteurs de la prévention des risques professionnels : enjeux de pluridisciplinarité. Rapport de recherche PACTE/ANSES Pluriprev. EEST/ 2012/13
- Caroly, S. & Weill-Fassina, A. (2007) En quoi différentes approches de l'activité collective des relations de services interrogent la pluralité des modèles de l'activité en ergonomie ? @ctivités [En ligne], 4, 1.  
<http://activites.revues.org/1414>
- Clot, Y. (1999). La fonction psychologique du travail. Paris : PUF.
- Clot Y. (2001). Clinique de l'activité et pouvoir d'agir, Présentation du numéro d'Éducation permanente, 146, pp.7-16.
- Clot, Y. (2008). Travail et pouvoir d'agir, Paris : PUF, 312 p.
- D'Amour, D. (1997). Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec. Montréal : Université de Montréal, Thèse de doctorat en santé publique, 434p.
- D'Amour, D., Sicotte, C. et Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences Sociales et Santé, 17, 3, pp. 67-94.
- Daniellou, F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue: les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention, @ctivités, 3, 1, pp. 5-18 :  
<http://www.activites.org/v3n1/daniellou.pdf>
- Daniellou, F. & Mohammed-Brahim, B. (2005). Ouverture du thème : L'ergonome dans les collaborations multiprofessionnelles. In L'ergonome dans les collaborations professionnelles : actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, pp.13-20.
- De la Garza, C. et Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In Benchekroun, T.H. et Weill-Fassina, A. (Coo.), Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie, pp. 217-224. Toulouse : Octarès Éditions.
- Falzon, P. (2010). A propos des environnements capacitants : Pour une ergonomie constructive. In C. Roux (Ed.), Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT, pp. 60-67. Paris: ANACT.
- Hubault, F. & Bourgeois, F. (2013). L'activité, ressource pour le développement de l'organisation du travail. Dans : Pierre Falzon éd., Ergonomie constructive, pp. 89-102. Paris : Presses Universitaires de France.
- Landry, A. (2008). L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique. Thèse pour le doctorat de l'Université Bordeaux 2. Mention ergonomie.
- Laneyrie, E. (2015). Mobilisation des acteurs dans une démarche de prévention des troubles musculosquelettiques et psycho-sociaux : un enjeu d'efficacité de l'intervention ergonomique: Le cas du secteur hospitalier. Thèse de doctorat en Psychologie du travail et ergonomie. Université Grenoble Alpes.
- Leplat, J. (1993) Ergonomie et activités collectives, in Six, F., Vaxevanoglou, X. (Eds), Les aspects collectifs du travail, Toulouse, Octarès.
- Leplat J., & Savoyant X. (1983). Statut et fonction des communications dans l'activité des équipes de travail. Psychologie française, 28 (3/4), 247-253.

- Millet, C., Costes, C. & Barthe, B. (2017). L'analyse collective de pratique : développer les marges de manœuvre des intervenants en prévention des risques professionnels. 52ème Congrès de la SELF Présent et Futur de l'Ergonomie (Toulouse, 20-22 septembre).
- Mollo, V. & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35, 6, pp. 531-540.
- Mollo, V. & Nascimento, A. (2013). Pratiques réflexives et développement des individus, des collectifs et des organisations. In P. Falzon, *Ergonomie constructive*, pp. 164-175. Paris : PUF
- Rabardel, P. (2005). Instrument subjectif et développement du pouvoir d'agir. In P. Rabardel & P. Pastré (dir.), *Modèles du sujet pour la conception*, pp. 11-29. Toulouse : Octarès.
- Samurçay R. & Rabardel P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences : propositions. In R. Samurçay & P. Pastré (dir.), *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès, pp. 163-180.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse : Octarès Éditions.
- Terresac, G. de (Ed.) (2003). *La théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud*. Paris : La Découverte.
- Sen, A. (1985). *Commodities and Capabilities*, Oxford, Elsevier Science Publishers.
- Sen A. (2003). *Development as Capability Expansion*. In: Fukuda-Parr S, et al. *Readings in Human Development*. New Delhi and New York: Oxford University Press.
- Valléry, G., Cerf, M., Leduc, S. & Compagnon-Piscia, C. (2005). 7. Les activités de conseil. In : Marianne Cerf éd., *Situations de service : travailler dans l'interaction*, pp. 135-154. Paris : PUF.
- Vygotski, L. (1934). *Pensée et Langage*, éditions La Dispute 1997.