

DE L'USAGE DE L'ERGONOMIE DANS LES SERVICES INTERENTREPRISES.

PAR MICHEL VIOSSAT

Michel VIOSSAT
Médecin du Travail
SIMTR, Roanne

Je suis médecin du travail au service interentreprises et ce dont je vais vous parler, c'est moins de notre pratique quotidienne qui a une exemplarité très modeste et plus de ce qui se dit, ce qui s'écrit sur les coopérations, les collaborations entre médecins du travail et ergonomes à travers différents documents qui sont en circulation dans la profession.

A priori, l'ergonomie fait en principe partie de la formation initiale du Médecin du Travail et les Médecins du Travail ont constitué (peut-être encore ? Je ne sais pas) de gros bataillons d'auditeurs dans la plupart des structures de formation continue qui proposent des cours d'ergonomie.

Tout porte à penser que l'ergonomie est une discipline familière aux Médecins du Travail, et que les Médecins du Travail sont familiers aux ergonomes avec qui ils ont utilisé leurs fonds de culotte en formation.

Qu'en est-il en réalité ?

Pour répondre à cette question, je m'appuierai sur un document remis lors de la réunion satellite du congrès SELF à Caen en 1999 et sur le livre collectif de l'Association Santé et Médecine du Travail : « des Médecins du Travail prennent la parole ».

Dans le 1^{er} document, « Approche pluridisciplinaire de la santé au travail : médecins du travail et ergonomes, mode d'emploi », le reflet de l'usage de l'ergonomie par les médecins du travail est le suivant :

1. Lorsque les médecins du travail sont interrogés sur la question de la pluridisciplinarité, 1 médecin sur 6 répond. Cela peut avoir un sens, cinq sur six ne se sont pas sentis concernés. Quant aux directeurs des services interentreprises, ils se sentaient encore moins concernés puisque pratiquement aucun n'a répondu et les quelques réponses reçues avaient été sous traitées à un médecin du service ;
2. Parmi ceux qui répondent 55 % affirment une compétence en ergonomie, celle-ci correspondant pour 1 sur 2 à un diplôme universitaire ou un DEST CNAM, pour 1 sur 4 à une sensibilisation par différents organismes et pour 1 sur 4 à quelques unités de valeurs au CNAM mais sans avoir un cursus complet dans ce secteur.

Chez les médecins du travail, se dire compétent en ergonomie est une affirmation assez répandue mais qui recouvre une réalité de formation très disparate et une pratique très variable : les domaines d'intervention relèvent de la physiologie du travail et de la métrologie d'ambiance physique dans le cadre de volume et de fréquence d'intervention très faible (moins de 10 jours dans l'année).

Les auteurs de cette enquête concluent : « L'ergonomie s'avère un des outils essentiels pour le maintien des salariés à leur poste de travail. Elle est surtout sollicitée en prévention tertiaire (éviter l'aggravation d'une pathologie) plutôt qu'en prévention secondaire (dépistage) ou primaire (éviter les risques) ».

J'ajoute que par le biais de l'AGEFIPH, les Médecins du Travail utilisent l'ergonomie dans le cadre de la réinsertion de travailleurs handicapés, ce qui est un autre domaine encore différent et où on s'éloigne de la prévention.

En définitive il ressort une représentation de l'ergonomie comme outil de correction, dans une approche essentiellement physiologique ou métrologique donc plutôt de l'ordre de l'expertise et de l'application de normes.

Cette représentation se retrouve dans les réponses de Médecins du Travail à l'enquête sur la pratique de l'Ergonomie conduite par Annie Drouin en 1996 pour le compte de la SELF, où les domaines majeurs et essentiels de l'ergonomie étaient pour les médecins du travail la physiologie, la métrologie. Une représentation que les ergonomes jugeront peut être réductrice.

• **Les modes d'association Médecins du Travail-Ergonomes**

Comment se structurent les rapports Médecins du Travail-Ergonomes ? Comment s'associent les médecins du travail et les ergonomes pour pratiquer des choses ensemble ?

A partir de différents documents, on peut identifier trois modes de travail en commun :

- Présence d'ergonome dans un service de médecine du travail ;
- Convention entre le médecin du travail et une structure externe pour réaliser un certain nombre d'interventions ;
- Mutualisation de moyens entre un certain nombre de services et de structures.

• **Présence d'un ergonome dans le service**

Lorsqu'il s'agit de la présence d'un ergonome dans le service, on découvre des réalités très disparates avec des situations où quelqu'un a suivi une formation lourde en ergonomie et est spécifiquement dédiée à une activité ergonomique. Que ce soit sous forme de Médecin du Travail formé qui libère une partie de son temps de travail pour pratiquer des interventions ergonomiques. Mais on trouve aussi des situations où quelqu'un a suivi des formations assez légères et va faire essentiellement des interventions métrologiques dans le monde du travail sans même pratiquer le moindre début d'observation de l'activité qui va avec cette métrologie. Il s'agit, quelle que soit la forme et le niveau de formation de ces personnes, d'une pratique très minoritaire, en particulier dans les petits services de médecine du travail qui suivent la plupart des petites entreprises. Suivant les cas de figures, on aura des interventions avec une ampleur très variable qui va depuis l'accompagnement de projets industriels jusqu'à la pratique très limitée d'interventions métrologiques.

• **Convention avec une structure externe.**

Il peut s'agir d'un consultant, d'un cabinet de consultants ou d'une structure associative (par exemple : GIRES à Caen). Il existe dès lors une autonomie technique des ergonomes vis à vis des médecins du travail, avec mise en débat au sein de l'entreprise et le cas échéant du CHSCT des conclusions de travail ergonomique, l'entreprise pouvant élargir ensuite de son propre chef l'intervention et financer une démarche qui ensuite peut échapper au médecin du travail.

La fréquence de ce type de relation, hormis les interventions financées par l'AGEFIPH, est aussi faible, bien qu'étant prévu par l'article 13 du décret du 28.12.1988 sur la Médecine du Travail. Cet article a eu très peu d'échos dans la pratique.

- **Mutualisation des moyens entre services.**

Deux exemples ont été présentés à Caen : Bourgogne Ergonomie qui consiste à avoir des moyens mutualisés (moyens techniques et humains) au sein de l'institut de Médecine du Travail de Dijon et des intervenants qui sont sollicités par les médecins du travail, et à ma connaissance, je crois que c'est formellement écrit comme ça, exclusivement à la demande des médecins du travail qui en retour sont seuls juges de l'opportunité et des modalités de l'intervention et sont seuls destinataires de la restitution de l'intervention.

Ces interventions portent essentiellement sur 3 domaines : métrologie d'ambiance physique, toxicologie et plus récemment, l'évaluation des risques.

La deuxième structure présentée est le programme ACTH dans les pays de Loire, qui est fédérée autour du CHU d'Angers et de l'ARACT Pays de Loire sur le thème du maintien ou la réinsertion de lombalgiques dans leur travail. La démarche se construit comme un projet avec action sur le salarié, sur le poste de travail et sur le collectif pour initier une dynamique qui insère le lombalgique et prévient la survenue d'autres cas par la correction de facteurs de risque.

On voit à travers ces quelques exemples que ce n'est pas tellement la structure qui va déterminer le mode de relation.

- **Les modes de relation**

Au-delà des structures comment peut-on analyser les relations qui se nouent dans ces divers modes d'association ?

Je propose d'appliquer ici une terminologie employée par A. Carré dans le livre collectif « Des médecins du travail prennent la parole », à partir de trois notions : Coopération – Coordination – Collaboration.

Coopérer c'est agir ensemble, sur la base de valeurs communes, de règles de métiers claires, construites soit dans une action commune habituelle, soit par une analyse préalable et une mise en commun au début d'une action ponctuelle. Elle repose donc sur des professionnels ayant un métier «solide».

Coordonner c'est ordonner un ensemble par le biais d'une autorité qui va déterminer l'ordre souhaité et animer un «espace de discussion» où peut se développer le débat et la délibération entre les différents métiers et acteurs. A ce moment se pose la question de la légitimité de ce coordinateur. Repose-t-elle sur sa professionnalité c'est à dire sur «l'exercice, en situation, des connaissances en prise directe avec la réalité de la situation» ou sur une capacité à maîtriser suffisamment les autres disciplines mobilisées pour pouvoir évaluer leur prestation ? On revient à ce que disait Martine Courtois sur la coordination.

La collaboration crée un lien de subordination fort entre le collaborateur et son patron, où le collaborateur voit son indépendance bornée par la volonté de son responsable. Il va y avoir prescription du travail du collaborateur par le chef.

Ces définitions fournissent un canevas d'analyse et de discussion.

Ces modes de relations se retrouvent dans les différents types de structures que nous avons définies plus haut : il peut y avoir coopération entre un ergonome interne et un médecin du travail d'un service interentreprises, mais il peut y avoir aussi une collaboration entre un médecin du travail et les techniciens dans un dispositif mutualisé ou bien il peut y avoir

coordination entre le médecin du travail et des intervenants externes appartenant à des structures diverses liées par une convention ou par un protocole d'actions.

C'est moins le mode d'association entre les disciplines qui est déterminant que le professionnalisme, le métier de chacun des intervenants : la coopération ou la coordination avec sa délibération ne peuvent exister qu'entre professionnels «forts». S'il existe un déséquilibre entre les professionnels, il n'y a pas de possibilité de construire une pluridisciplinarité : un médecin du travail fragilisé dans son poste peut être instrumentalisé ou marginalisé par un intervenant externe. Un ergonomiste qui n'est qu'un technicien en métrologie pourra être cantonné dans un rôle de collaborateur de médecin du travail.

Et plus le déséquilibre est grand, plus il existe un risque que les acteurs se figent dans des postures défensives.

Dans les discussions avant la pause, on a pointé des situations où on est plutôt sur des postures défensives et typiquement, la posture d'expert peut être une posture défensive.

- **Les enjeux**

1. Ne pas se tromper d'objectif : « Lorsque le sage montre la lune, l'imbécile regarde le doigt ». La pluridisciplinarité n'est pas une fin en soi mais un moyen à l'usage de la santé au travail, de la prévention. Dès lors chaque intervention en santé au travail doit être construite socialement et techniquement avec les disciplines adaptées à chaque projet d'action ou de transformation : on rejoint la conduite de projet. Cela veut dire qu'il n'existe pas une pluridisciplinarité mais des coopérations ou des coordinations à créer.

Le problème central n'est donc pas de définir la pluridisciplinarité mais les modalités de définition des objectifs d'une action santé au travail (qui les fixe ? Comment ?) et de construction d'un collectif d'intervention en particulier, des lieux de délibération avec les différents collectifs.

2. Pour créer ces coopérations et ces coordinations, il faut des professionnels solides dans leurs métiers respectifs. Il y a là un besoin fort de consolider particulièrement les métiers de médecin du travail et d'ergonome. Les médecins du travail se sont longtemps contentés d'être une profession protégée par le code du travail. Depuis quelques années la réflexion sur le métier se développe. Je citais tout à l'heure un livre collectif qui relate une partie de ces débats. Christelle CASSE demandait qu'est ce qu'un préventeur, il me semble qu'il serait aussi urgent (et cela fait référence à des exemples concrets) de s'interroger sur ce qu'est un ergonomiste.

En d'autres termes, que l'ergonomie soit non seulement une profession mais que ce soit aussi un métier, qu'on ne puisse plus assez rapidement appeler n'importe quoi un ergonomiste. Est-ce que quelqu'un qui quelques jours par an fait prendre l'air à un sonomètre peut être qualifié d'ergonome et est-ce que c'est de la pluridisciplinarité ? C'est une réalité très concrète dans un certain nombre de services de la médecine du travail. Il me paraît urgent que la même réflexion se développe chez les ergonomistes afin d'aboutir au minimum à réduire les disparités entre les individus qui se disent ergonomistes en termes de compétences acquises et de pratiques (les exigences du titre d'Ergonome Européen en exercice me paraissent une bonne base de travail).

Par ailleurs, il faut que chaque métier acquière une représentation claire du métier de l'autre pour permettre des échanges et lever des ambiguïtés.

3. Pour que ces coopérations se nouent et soient opérationnelles, il faut que les questions de santé au travail passent d'un paradigme «militaire» (aptitude du salarié à tenir son poste) à un paradigme «écologique» (préserver et développer les possibilités d'une construction de sa santé en milieu de travail : aptitude des situations de travail à recevoir des salariés). En effet, aussi longtemps que la seule «sanction» de l'intervention en santé au travail est la fiche d'aptitude du salarié, il paraît difficile de viser des possibilités de coopération réelle.

DISCUSSION

S. LAPEYRIERE, Nuance Ergonomie

- « J'ai beaucoup aimé cette notion de construction sociale et technique de l'intervention parce que je trouve que dans les interventions précédentes on avait tendance à confondre la notion de compétence, la notion de discipline et la notion de statut.

Je pense qu'il est évident que si l'on veut travailler en interdisciplinarité, il faut ouvrir nos compétences, il faut ouvrir nos formations. Si les préventeurs font des stages d'ergonomie, ça ne peut qu'améliorer l'approche de la prévention et la pluridisciplinarité. Mais j'imagine mal un ergonome qui serait aller se former à la sécurité machine ou s'être formé en médecine, conclure dans son rapport à la conformité de la machine. Il n'a pas le statut ni l'autorité pour dire cela. Par contre, s'il est formé à ça, il a un meilleur dialogue avec les préventeurs.

J'ai été confrontée récemment à une situation qui me pose question : par rapport à une expertise de CHSCT dans la grande distribution où on m'a présenté un modèle de futur check-out dont on m'a dit qu'il avait tous les certificats de conformité en ergonomie. J'ai demandé à voir les certificats de conformité en ergonomie.

D'une part il avait été conçu avec des préventeurs CRAM qui avaient signé le rapport de conception, d'autre part, il avait un certificat avec un tampon du ministère du travail, d'un organisme de contrôle et de conformité machine dont le monsieur s'était formé en ergonomie mais je ne sais pas combien de temps.

Du coup, cet équipement était intouchable et toute la situation de travail était réputée conforme ergonomiquement, le CHSCT n'avait plus rien à dire. Je donne cet exemple car il appelle à des dérives c'est à dire qu'il y a des statuts à partir desquels on affirme des choses et ce n'est pas la même chose, la science, le contrôle, l'avis de conformité, la compétence.

Que les gens aient des compétences, qu'il y ait une multidisciplinarité, oui mais qui dit quoi et qui en dernier ressort assume un certain nombre de responsabilités ? Il faut être assez prudent ».

J-P. BRUN [phon.], service de médecine du travail dans les Bouches du Rhône

- « C'est une question qui rebondie par rapport à votre intervention mais qui peut être aussi s'adresse à Michel BERTHET pour son intervention précédente. Il y a dans le texte de l'accord sur la santé au travail, la notion de cette mise en œuvre augmentée de savoir-faire en ergonomie ou en pluridisciplinarité qui peuvent être soit internes au service soit externes.

Dans le cas où ils sont internes, déjà existant ou en développement, il y a une notion d'agrément par la CRAM, l'ANACT. Je voulais savoir où en étaient les réflexions sur cette question ? ».

M. VIOSSAT

- « Je n'ai pas d'information sur cette affaire. Effectivement, je m'interroge à partir de quelle légitimité les gens prévus pour faire l'agrément vont-ils prononcer un agrément? Y compris sur le plan strict des compétences disciplinaires ».

J-P. BRUN

- « J'en discutais ce matin et on ne savait pas si c'était un agrément régional ou national et il y a effectivement une zone de flou importante ».

F. DANIELLOU

- « Michel, tu as passé en revue parmi tes trois types, la notion de collaboration au sens de lien de subordination, est-ce que tu peux imaginer la situation ou as-tu des exemples de situation où l'ergonome est dans une situation de subordination par rapport à des médecins qui lui donnent des instructions ? Qu'est-ce que tu en penses et qu'est-ce que cela donne ? ».

M. VIOSSAT

- « Dans notre propre service, il y a deux personnes qui portent l'étiquette de l'ergonomie. Une personne qui est votre serviteur et la deuxième personne qui est une secrétaire, qui a fait une formation d'abord uniquement orientée sur de la métrologie et à qui il y a jusqu'à quatre ou cinq ans en arrière, on ordonnait d'aller mesurer essentiellement du bruit, parfois de la lumière dans tel atelier, de telle manière.

Ce qu'on lui demandait, c'était d'être un trépied intelligent pour tenir un sonomètre, c'est à dire savoir à peu près où se mettre et faire une moyenne de logarithmes. Ensuite le rapport de ces mesures était exclusivement destiné aux médecins du travail. Pendant plusieurs années, cette personne s'est épuisée à refaire toujours la même chose.

Un texte dit que tous les trois ans, les mesures doivent être refaites et tous les trois ans, elle retournait dans les mêmes ateliers avec le même sonomètre faire les mêmes mesures, rien n'avait bougé entre temps. C'était du constat et cette personne était épuisée de toujours refaire le même constat.

Deuxième exemple, dans les structures mutualisées dont j'ai parlé tout à l'heure, il y en a une qui dans la convention qui existe et dans le règlement interne qu'ils se sont donnés, dit que le médecin exclusivement fait la demande d'intervention, détermine si les modalités d'interventions proposées par l'ergonome sont les bonnes et est le seul destinataire du rapport de l'ergonome. A charge au médecin du travail ensuite de diffuser les informations dans l'entreprise ou de ne pas les diffuser.

Il y a une subordination très nette de l'intervention ergonomique au médecin du travail. Quels effets cela produit, je ne sais pas et je ne veux pas faire de procès d'intention à des gens qui ne sont pas forcément présents ici. Mais je ne crois pas que ce soit la meilleure façon de construire la pluridisciplinarité ».

P. DAVEZIES

- « A travers ce que tu décris et qui correspond bien à ce que l'on connaît, il est manifeste que cela produit un effet, ça fait des ergonomes qui ne font pas d'ergonomie, qui font de la médecine du travail c'est à dire si on met des ergonomes sous la subordination des médecins du travail, alors ils font des bouts de médecine du travail, c'est à dire une sous-traitance de certaines tâches de la médecine du travail qui sont à l'heure actuelle dévolues à la médecine du travail ».

M. BERTHET

- « Il y a un point sur lequel je n'ai pas pu m'expliquer tout à l'heure c'est la question des objets. Pour moi, la métrologie c'est sur un objet que les ergonomes appellent la tâche. Et la tâche ne se réduit pas aux bruits, à l'éclairage, mais on ne peut pas confondre à mon avis tout ce qui relève de la tâche, c'est un objet en tant que tel qui mérite de l'investigation tout à fait particulière qui souvent est structurée par une normalisation.

L'ergonome a un autre objet, c'est souvent l'activité et c'est un objet tout à fait particulier qui n'est pas travaillé du point de vue de la prévention et la médecine a son objet aussi. Est-ce qu'on va reconnaître qu'il y a trois objets différents, des disciplines différentes, des investigations différentes et que ces trois objets là il va bien falloir que ceux qui les portent se mettent en

confrontation parce que chacun obtient de l'information inédite que l'autre ne connaît pas, c'est mon postulat ».

J-M. FRANCESCON

- « Je pense que le dénominateur commun à tout le débat qu'on a ici et à un certain nombre d'exemples et de situations, c'est la question de l'application et de la norme. Le rapport à la norme et la capacité du vivant à la remettre en question reste en débat. On a donc évidemment une médecine normative et on peut avoir une prévention normative aussi dans la mesure où il s'agit de comparer ce qui existe à ce qui est élaboré à un moment donné et qui fait office de règles, de lois, de normes. C'est tout le problème de l'approche qualité, des bureaux de certifications qui attestent d'une conformité à une norme. Je pense que le débat reste à organiser entre la norme dont on part et ce que nous fait découvrir l'analyse de l'activité. Ce débat, s'il n'est pas présent entre les acteurs qui pour les uns se préoccupent de la norme et qui pour les autres qui cherchent parfois sans le dire à comprendre comment on construit dans l'activité une norme. Si ce débat n'est pas présent, on doit se plier aux tenants de la norme, il faut en être conscient. L'ergonomie, l'analyse du travail n'est pas normative, elle est d'abord compréhensive, c'est un autre registre de fonctionnement ».

M. VIOSSAT

- « On a tendance à considérer les normes comme des entités naturelles alors qu'en fait les normes, on l'a vu avec les nombreux débats sur la santé publique, sont essentiellement le résultat d'un débat social et ne sont pas exclusivement les résultats d'investigation scientifico-scientifiques. En amont de la norme, il y a un débat social et en aval de la norme, on nous dit que c'est quelque chose d'intangible, de robuste et d'indiscutable. Il y a là aussi un axe de réflexion ».

M. CARRERA, ergonomiste à EDF

- « C'est une question par rapport au deuxième mode de travail en commun qui est la convention avec une structure externe. J'aurai aimé savoir qui a l'initiative de la demande de convention, on peut imaginer que c'est un médecin du travail qui aura pointé un problème mais après, comment se décline la convention. C'est quoi cette convention, son cadre, son objectif, le statut de l'intervenant externe, qui finance ? On n'a pas parlé de financement mais sur des questions de pluridisciplinarité mais on ne pourra pas y échapper car dans la construction sociale et technique, qui va financer, cela peut donner une piste de coordination ».

M. VIOSSAT

- « Nicole CARLIN répondra plus intelligemment que moi à cette question ».

N. CARLIN, ergonomiste consultante au GIRES à CAEN

- « Nous avons depuis 5 ans une convention avec les deux grands services de médecine du travail interentreprises du Calvados. Cette convention repose sur une charte de coopération entre médecin du travail et ergonomiste ainsi qu'un volume maximum de journées d'intervention annuel. Cette enveloppe budgétaire est financée par les budgets de fonctionnement des services (actuellement les deux services interentreprises consacrent un budget pour le consultant externe ergonomie correspond à 0,35 € environ par salarié).

Concrètement, le médecin du travail, après s'être assuré que la demande d'intervention est portée par les principaux acteurs concernés dans l'entreprise dont le CHSCT, sollicite l'ergonomiste pour réaliser avec lui une visite conseil d'une journée. Cette visite conseil consiste en une demi-journée dans l'entreprise : prise de connaissance du problème, des enjeux, identification des marges de manœuvre et des attentes des différents acteurs concernés puis reformulation de la demande (visite, entretiens, et réunion). La seconde demi-journée consiste à rédiger une offre d'intervention co-signée, reprenant les termes de la visite conseil. L'offre comprend le contexte, la demande reformulée, les objectifs, la méthodologie, les attendus, la durée (6 journées,

exceptionnellement 10) et le planning qui s'étale sur 2 mois environ. Si l'entreprise souhaite d'avantage, alors elle participe au surcoût de l'intervention. Il est demandé expressément à l'entreprise de répondre, dans un délai et par écrit avec avis du CHSCT. Si l'entreprise donne suite (ce qui est généralement le cas) nous procédons à l'intervention. Actuellement l'intervention est réalisée en totalisé par le binôme médecin du travail-ergonome selon le mode de la coopération. La restitution finale et le rapport écrit présentent les résultats de l'analyse de travail réel de la situation de travail ainsi que la co-construction des solutions avec les compétences internes à l'entreprise et en concertation.

Les interventions portent le plus souvent sur des aménagements de postes auto-financés par l'entreprise, la réduction du bruit à la source (avec le recours à l'acousticien industriel en réseau avec le GIRES) et la conception de situations de travail, dans tous secteurs : agroalimentaire, industrie, secteur bancaire, secteur hospitalier ...

Les médecins du travail les plus utilisateurs de cette possibilité de coopération avec l'ergonome sont à 75 % ceux qui se sont formés en ergonomie jusqu'au DEST du CNAM (la filière ergonomie est ouverte au Centre Associé au CNAM de CAEN depuis 20 ans) et à 15 % ceux issus de l'internat.

Lorsqu'il s'agit d'un aménagement pour salariés reconnus COTOREP, nous procédons de la même façon, mais avec un financement AGEFIPH demandé par l'entreprise et un contrat hors service interentreprises. Dans ce contexte, 90 % des médecins concernés souhaitent participer en binôme à l'intervention. Cette forte participation des médecins du travail repose entre autre sur l'intérêt qu'ils portent aux retombées dans l'entreprise qui valorisent leur pratique quotidienne et modifie leur représentation dans l'entreprise.

C'est une expérience commune de la pluridisciplinarité, en coopération et entre des personnes volontaires, qui donne toute satisfaction aux directions d'entreprises, aux CHSCT, aux opérateurs, aux médecins du travail et aux ergonomes. En revanche les directions de services interentreprises soulèvent le peu de réalisme à généraliser ce mode de fonctionnement en binôme ; ils souhaiteraient que les interventions s'effectuent par délégation : l'ergonome se substituant pour l'essentiel de l'intervention au médecin du travail ».

Y. COURTOIS

- « C'est une remarque, on a parlé de la norme et je me demande si une partie du débat ne vient pas du fait qu'on a pas peut être pas une définition claire de la norme partout. Pour certains c'est la valeur seuil au-dessous de laquelle il faut se situer exactement et pour d'autres c'est la valeur à partir de laquelle on sera aussi bas que c'est raisonnablement acceptable. Je crois que très souvent on est confronté dans des réunions de consensus à ce problème, c'est à dire que chacun n'a pas la même définition au niveau de la norme. Tant qu'on n'aura pas clarifié ce débat très clairement, on aura des débats peut-être stériles ».
