# Rapport final de recherche

## Programme SoTAC

## Soigner le travail : une activité collective ?

### Reconfigurations des collaborations pluriprofessionnelles dans les nouveaux services de prévention et de santé au travail

Lauréat de l'AAP-SIP- 2021


Projet porté par

Samuel JULHE

Rapport rédigé par

Tanguy DERUMAUX

Marie DOGA

Samuel JULHE

Thomas JUNG

Loïc LEROUGE

Damien PAWELCZYK

Emilie SALAMERO

Julia VAL LEGOLL

Emmanuelle ZOLESIO



Juin 2026

Soutenu par l'IRESP

# TABLE DES MATIERES

**I. PARTIE SCIENTIFIQUE** ..... 3

**Résumé** ..... 4
**Abstract** ..... 5
**Synthèse longue** ..... 6
**Rapport scientifique complet** ..... 18

**II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE** ..... 19

# I. PARTIE SCIENTIFIQUE

## Résumé

# SoTAC - Soigner le travail : une activité collective ?

## Reconfigurations des collaborations pluriprofessionnelles dans les nouveaux services de prévention et de santé au travail

Projet porté par Samuel Julhe

Rapport rédigé par : Tanguy Derumaux ; Marie Doga ; Samuel Julhe ; Thomas Jung ; Loïc Lerouge ; Damien Pawelczyk ; Emilie Salaméro ; Julia Val Legoll ; Emmanuelle Zolesio

**Résumé en français**

Le projet SoTAC s'intéresse aux transformations des services de prévention et de santé au travail (SPST) en France, à la suite de la réforme législative du 2 août 2021. Dans un contexte général de pénurie de médecins du travail, il vise à comprendre comment se reconfigurent l'organisation des services, les identités professionnelles et les formes de collaboration entre les différents acteurs chargés de prévenir les atteintes à la santé des travailleurs.

La recherche adopte une méthodologie qualitative, articulant analyse documentaire et enquêtes de terrain (par entretiens [180] et observations [plusieurs centaines d'heures]) auprès de plusieurs SPST de tailles et de statuts variés. Elle s'inscrit dans une triple perspective de sociologie des professions, des organisations et du travail, afin de saisir à la fois les structures institutionnelles, les jeux de pouvoir et l'activité concrète des professionnels présents dans les services

Les résultats montrent que la loi du 2 août 2021 et les exigences de certification qui en découlent ont entrainé des recompositions organisationnelles importantes, notamment via des fusions de services, la formalisation accrue des procédures et la diffusion d'outils de pilotage quantitatifs. Le renforcement de la pluridisciplinarité s'est traduit par la montée en charge des infirmières de santé au travail, des assistantes et de nouveaux profils de professionnels (psychologues, ergonomes), tandis que les médecins du travail voient leur rôle se déplacer vers la coordination des tâches, sous délégation.

Ces transformations produisent des effets ambivalents sur les collaborations interprofessionnelles. Si elles ouvrent la possibilité de nouvelles formes de « co-action » et d'actions collectives en milieu de travail, elles renforcent aussi la division du travail, la charge administrative et l'intensification des tâches, en particulier pour deux catégories de personnels : les assistantes et les infirmières. Dans certains SPST, la logique de certification et de rationalisation managériale limite les espaces de délibération et tend à substituer la coordination formelle à la coopération vécue, ce qui peut altérer le sens du travail et fragiliser les collectifs.

En identifiant différents types de configurations organisationnelles et de formes de collaboration interprofessionnelle (coordination, action collégiale, coopération, co-action), le projet apporte des clés de compréhension sur la manière dont les SPST s'adaptent aux nouvelles normes tout en tentant de préserver leur mandat de prévention des risques professionnels. Ces résultats peuvent éclairer les choix des décideurs publics, des directions de services et des partenaires sociaux, en montrant sous quelles conditions la pluridisciplinarité et le décloisonnement entre la santé au travail et la santé publique renforcent réellement la prévention, plutôt que de la réduire à une gestion formelle des risques ou à une promotion individualisée de la santé.

## Abstract

# SoTAC – Caring for work: a collective activity?

## Reconfigurations of multi-professional collaboration in the new occupational prevention and health services

Project led by Samuel Julhe

Report written by: Tanguy Derumaux; Marie Doga; Samuel Julhe; Thomas Jung; Loïc Lerouge; Damien Pawelczyk; Emilie Salaméro; Julia Val Legoll; Emmanuelle Zolesio

**Abstract**

The SoTAC project focuses on the transformations of occupational prevention and health services (SPST) in France following the legislative reform of 2 August 2021. In a broader context of shortages of occupational physicians, it aims to understand how service organisation, professional identities and forms of collaboration between the various actors responsible for preventing damage to workers' health are being reconfigured.

The research adopts a qualitative methodology combining documentary analysis and fieldwork (through interviews and observations [several hundred hours]) in several SPSTs of varying sizes and legal statuses. It is situated at the intersection of the sociology of professions, organisations and work, in order to grasp both institutional structures, power relations and the concrete activity of the professionals working in these services.

The findings show that the law of 2 August 2021 and the resulting certification requirements have led to major organisational restructuring, notably through service mergers, increased formalisation of procedures and the spread of quantitative management tools. The strengthening of multidisciplinary practice has resulted in an expanded role for occupational health nurses, assistants and new types of professionals (psychologists, ergonomists), while occupational physicians see their role shifting towards the coordination of tasks, through delegation.

These transformations have ambivalent effects on inter-professional collaboration. While they open up possibilities for new forms of "co-action" and collective action in the workplace, they also reinforce the division of labour, administrative workload and work intensification, particularly for two categories of staff: assistants and nurses. In some SPSTs, the logic of certification and managerial rationalisation limits spaces for deliberation and tends to substitute formal coordination for lived cooperation, which can undermine the meaning of work and weaken collectives.

By identifying different types of organisational configurations and forms of inter-professional collaboration (coordination, collegial action, cooperation, co-action), the project offers insights into how SPSTs adapt to new standards while attempting to preserve their mandate of preventing occupational risks. These findings can inform the choices of public decision-makers, service management and social partners by showing under which conditions multidisciplinarity and the dismantling of boundaries between occupational health and public health genuinely strengthen prevention, rather than reducing it to the formal management of risks or to the individualised promotion of health.

## Synthèse longue

**Messages clés du projet**

- *Le projet SoTAC met en évidence que les transformations des services de prévention et de santé au travail (SPST) ne relèvent pas d'un simple réagencement technique, mais d'une recomposition plus profonde des organisations, des frontières professionnelles et des modalités concrètes de la prévention. Dans un contexte marqué par la pénurie de médecins du travail, l'extension des missions confiées aux services, la montée des exigences de certification et la volonté politique d'inscrire davantage la santé au travail dans une logique de prévention primaire, les services se trouvent engagés dans des changements qui affectent à la fois leur gouvernance, leur division du travail et leurs rapports avec les employeurs, les salariés et les autres acteurs de santé.*

- *La recherche montre que la pluridisciplinarité, devenue un mot d'ordre central des réformes, ne garantit pas à elle seule une coopération effective entre professionnels. L'introduction ou la montée en puissance de nouveaux métiers (infirmières de santé au travail, assistants, IPRP, psychologues, ergonomes ou chargés de mission) ne produit pas automatiquement du travail collectif, car la coopération dépend de conditions matérielles d'organisation du travail : stabilité des équipes, temps disponible, interconnaissance, confiance, clarification des délégations, qualité de l'encadrement et existence d'espaces de discussion sur le travail.*

- *La recherche montre également que les effets des dernières réformes sont ambivalents. Elles rendent possibles de nouvelles formes de coordination, de suivi partagé et d'intervention collective, mais elles renforcent aussi la formalisation procédurale, la production d'indicateurs, les exigences de traçabilité et la charge administrative associée, au risque de déplacer l'activité vers la gestion des flux et de réduire le temps disponible pour l'analyse des situations réelles de travail. L'enquête souligne également que ces transformations ne se déploient pas partout de la même manière : les services varient fortement selon leur régime de rattachement (régime général, régime agricole ou régime spéciale), leur taille, leur histoire, leur territoire et les ressources dont ils disposent.*

- *Enfin, le projet contribue à renouveler les connaissances sur les modes d'organisation du système de santé au travail en donnant toute leur place aux professionnels présent dans les SPST et en analysant la coopération non comme une norme abstraite, mais comme une pratique située, fragile et socialement construite. En direction des décideurs publiques, il montre que l'amélioration de la prévention ne dépend pas seulement de nouvelles prescriptions ou de nouveaux dispositifs, mais d'investissements durables dans les équipes, les formations, les temps de coordination et les conditions organisationnelles qui rendent possible une action réellement pluri-professionnelle.*

**Contexte et objectifs du projet**

Le projet « Soigner le travail, une activité collective ? Reconfigurations des collaborations pluriprofessionnelles dans les nouveaux services de prévention et de santé au travail » part d'un constat désormais bien établi. En France, le système de santé au travail est confronté depuis plusieurs décennies à des tensions structurelles qui fragilisent sa capacité à remplir pleinement sa mission de prévention des risques professionnels. Les rapports publics diffusés depuis les années 2000 pointent de manière récurrente le déficit chronique de médecins du travail, la complexité institutionnelle du système, les difficultés de coordination entre acteurs et les controverses persistantes sur la place à accorder dans l'action publique aux atteintes à la santé liées au travail.

Dans ce système, les services spécialisés en prévention et santé au travail occupent une place centrale. Le droit français impose en effet à tout employeur de veiller à la santé et à la sécurité des travailleurs, notamment par des actions de prévention, d'information, de formation, d'évaluation des risques et de suivi de l'état de santé. Les services de prévention et de santé au travail (SPST dans le régime général, SST dans le régime agricole, services de médecine préventive ou de prévention dans les fonctions publiques) constituent l'un des principaux vecteurs du respect de cette obligation. Leur mandat historique est clairement préventif : éviter toute altération envers la santé du fait du travail et contribuer, tout au long de la vie professionnelle, au maintien d'un état de santé compatible avec l'emploi.

Ce mandat a toutefois connu une transformation importante. Longtemps organisés autour de la figure du médecin du travail, les services ont progressivement intégré de nouveaux groupes professionnels, à mesure que la pénurie médicale s'accentuait et que les pouvoirs publics cherchaient à répondre à l'extension des besoins de prévention. La loi de modernisation sociale de 2002 a introduit la pluridisciplinarité en faisant entrer dans le champ les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ; la loi de 2011 a installé le rôle des infirmières de santé au travail et des assistants ; la loi du 2 août 2021 a encore élargi les possibilités d'intervention d'autres métiers, tout en renforçant l'objectif de prévention primaire, en instituant la certification des services et les articulations avec la santé publique.

Le projet SoTAC cherche à comprendre ce que ces transformations produisent de manière effective. Il ne s'agit pas seulement d'identifier la teneur des réformes juridiques, mais d'analyser comment elles reconfigurent les activités quotidiennes, les rapports entre métiers, les formes d'autorité, les logiques de prise de décision et le sens donné au travail par les professionnels. Le projet s'interroge ainsi sur les nouvelles modalités d'organisation des services, sur les mécanismes de coopération entre professions, sur l'évolution des identités professionnelles et sur les effets concrets de la pluridisciplinarité sur la prévention, le maintien en emploi et la qualité du service rendu.

Quatre objectifs structurent la recherche. Le premier consiste à documenter les configurations institutionnelles et organisationnelles des services et à observer les effets de la loi du 2 août

2021 à différentes échelles. Le deuxième vise à comprendre la reconfiguration des identités professionnelles et la manière dont se redéfinit la coordination du travail. Le troisième cherche à analyser les effets de ces évolutions sur la formation, le recrutement et la mobilisation au travail des professionnels. Le quatrième consiste à saisir plus finement les collaborations pluriprofessionnelles dans leurs formes effectives, en prêtant attention à ce qui les rend possibles, mais aussi à ce qui les fragilise.

L'originalité du projet tient à sa manière de déplacer le regard. Alors qu'une large part des travaux sur la santé au travail est restée centrée sur la figure du médecin du travail, SoTAC prend au sérieux l'ensemble des groupes professionnels qui participent désormais à la prévention et à la santé au travail : infirmières, assistants, IPRP, directions de service, mais aussi chargés de maintien en emploi ou encore acteurs de la formation. Il traite la pluridisciplinarité non comme une norme déjà réalisée, mais comme un problème empirique en cherchant à savoir sous quelles conditions le travail collectif peut se construire, et avec quels effets sur la prévention ?

**Méthodologie employée**

La recherche repose sur une démarche qualitative, comparative et multi-située, conçue pour appréhender à la fois les cadres institutionnels des réformes et leurs effets concrets dans le travail quotidien. Ce choix méthodologique tient à la nature même de l'objet étudié. Les reconfigurations des SPST ne peuvent être saisies par la seule étude des textes, des organigrammes ou des volumes d'activité ; elles supposent d'observer la manière dont les professionnels interprètent les prescriptions, négocient leurs prérogatives, coopèrent au quotidien, ajustent leurs pratiques et donnent sens à leur travail.

Le projet a été porté par le LESCORES et financé par l'IReSP pour la période allant de novembre 2022 à fin avril 2026. Il a mobilisé neuf chercheurs et chercheuses issus de quatre universités, afin d'articuler des compétences en sociologie des professions, des organisations, du travail et en analyse des politiques publiques. Cette composition répondait à l'ambition du programme : croiser plusieurs traditions analytiques pour mieux comprendre un secteur professionnel en recomposition, tout en assurant une couverture territoriale et institutionnelle assez large. Le corpus principal comprend environ 182 entretiens. Les entretiens sont distribués selon trois niveaux d'observation. Au niveau national, des entretiens ont été conduits auprès d'organisations professionnelles et d'instances représentatives ou de cadrage du secteur. Au niveau régional, des entretiens ont été réalisés avec des médecins inspecteurs, médecins-conseils et acteurs de structures telles que les DREETS, CARSAT ou CPAM, afin de comprendre comment les orientations nationales sont relayées, interprétées ou retravaillées dans les territoires. Le niveau local constitue le cœur de l'enquête, avec près des trois-quarts des entretiens réalisés auprès de l'ensemble des catégories de professionnels présentes dans les services : médecins du travail, infirmières de santé au travail, IPRP ou conseillers de prévention, assistantes et techniciennes, personnels de direction.

Au niveau local, le projet a retenu une logique d'études de cas d'organisations collectives. Les terrains ont été répartis entre plusieurs types de services afin de comparer des environnements institutionnels contrastés : six services interentreprises du régime général, quatre services relevant de la Mutualité sociale agricole, un service autonome d'un régime spécial, six services de médecine préventive universitaires et un terrain spécifique consacré aux instances de formation en médecine du travail. Cette diversité permet de confronter des structures de tailles très différentes, allant d'équipes réduites à des organisations proches de 400 professionnels, ainsi que des régimes juridiques et des histoires institutionnelles distincts.

Les entretiens ont porté sur les parcours professionnels, les tâches réalisées, les contraintes et ressources associées aux activités, mais aussi sur le rapport subjectif au travail, les formes d'engagement, les tensions éprouvées et les arbitrages éthiques rencontrés. Cette attention au travail réel permet de ne pas réduire l'analyse à la division du travail formelle ou aux catégories administratives de l'emploi. Elle rend possible une lecture des écarts entre prescriptions, organisations et pratiques, ainsi que des mécanismes par lesquels la coopération se construit, se maintient ou se dissout.

Le projet assume un « pari de la comparaison inter-configurationnelle ». Il s'agit de comparer des situations qui peuvent sembler peu comparables de prime abord, non pour effacer leurs différences, mais pour faire de ces différences un opérateur d'analyse. Cette stratégie permet de mettre au jour des processus communs (eg. formalisation croissante, redéfinition des rôles, montée du management, fragilité des coopérations) tout en rendant visibles les variations liées aux régimes de protection sociale, aux tailles de structure, aux configurations territoriales ou aux styles d'encadrement. Elle permet également d'éviter deux écueils : d'un côté, la simple juxtaposition descriptive de cas isolés ; de l'autre, la généralisation abstraite qui ignorerait les conditions concrètes dans lesquelles s'exercent les activités.

À cette enquête principale s'ajoutent des volets plus ciblés. L'un d'eux porte sur la formation des infirmières de santé au travail, en croisant 18 entretiens auprès de responsables de formation, intervenantes et acteurs de l'ingénierie pédagogique avec l'analyse des maquettes de formation. Ce sous-corpus permet d'étudier comment les réformes récentes affectent les contenus de formation, la définition des savoirs légitimes et la professionnalisation d'un groupe en expansion.

Cette méthodologie présente plusieurs intérêts. Elle permet de relier des évolutions macro-institutionnelles à des pratiques situées, de documenter l'expérience des professionnels au-delà des seules catégories statutaires et d'identifier les conditions sociales et organisationnelles qui favorisent, ou au contraire entravent, une prévention effectivement pluriprofessionnelle. Elle permet aussi de produire des connaissances utiles à la décision publique par l'identification de mécanismes récurrents, de points de blocage et de leviers d'action transférables à d'autres contextes.

**Principaux résultats obtenus**

**1. La singularité du modèle français au regard des comparaisons internationales**

Il n'existe pas un modèle unique de santé au travail, mais plusieurs régimes d'organisation construits à partir d'un socle commun de principes, notamment ceux issus de la directive-cadre européenne de 1989 et des instruments de l'Organisation internationale du travail. Ces principes communs portent sur l'évaluation des risques, la prévention à la source, l'adaptation du travail à l'individu et la responsabilité de l'employeur, mais ils se traduisent par des arrangements institutionnels très différents selon les pays. Le programme SoTAC met en évidence plusieurs grandes configurations. Certains systèmes restent fortement médicalisés et structurés autour d'un suivi individuel dense, comme la France et, selon d'autres modalités, le Japon. D'autres reposent davantage sur des services externalisés orientés vers le conseil et la prévention collective, comme la Norvège. D'autres encore sont plus étroitement articulés à la santé publique ou à l'assurance maladie, comme au Portugal, en Croatie ou en Pologne. Dans ce paysage, la France se distingue par un système historiquement plus structuré que dans beaucoup d'autres pays européens, avec une forte centralité du médecin du travail, un haut niveau de couverture salariale et une autonomie institutionnelle marquée de la santé au travail par rapport à la santé publique. Cette spécificité a longtemps permis de maintenir visibles les causes professionnelles des atteintes à la santé et de les rattacher à une responsabilité explicite de l'employeur.

Toutefois, ce modèle français est en transformation. Sous l'effet de la pénurie médicale, de la montée de la pluridisciplinarité, de l'évolution du suivi individuel et de la loi du 2 août 2021, il se déplace progressivement d'un modèle très médico-centré vers un modèle plus coordonné, plus intégré et davantage ouvert à des objectifs de santé publique. D'un côté, la France partage désormais avec d'autres pays un mouvement de décloisonnement, de diversification des acteurs et de réorientation vers la prévention. De l'autre, il apparait que cette évolution ne peut être jugée positive que si elle préserve la spécificité de la santé au travail, c'est-à-dire une politique centrée sur les conditions de travail, les expositions professionnelles et la responsabilité de l'employeur, sans dilution dans une approche trop générale de promotion de la santé.

**2. Une recomposition d'ensemble des services**

Le deuxième résultat du projet est de montrer que les SPST connaissent une recomposition structurelle profonde, une redéfinition progressive des missions, des référentiels d'action et de la division du travail. Les services sont aujourd'hui inscrits dans un environnement institutionnel fortement marqué par l'objectif de prévention primaire, l'exigence de certification, la contractualisation, l'évaluation de la qualité et la recherche d'une « taille critique » organisationnelle. Cette évolution s'accompagne d'une montée de la rationalisation managériale. La production d'indicateurs, la formalisation des procédures, la mise en conformité avec des référentiels externes et l'attention croissante portée aux volumes

d'activité modifient l'équilibre interne des organisations. Les directions voient leur rôle renforcé, tandis que les professionnels médicaux et non médicaux doivent composer avec des contraintes croissantes de traçabilité, de standardisation et de *reporting*. Le projet montre ainsi que la réforme de la santé au travail ne se résume pas à une diversification des métiers ; elle s'inscrit dans une transformation plus large des modes de gouvernement des services.

Cette dynamique n'est toutefois ni homogène ni linéaire. Les services diffèrent selon le régime de protection sociale dont ils relèvent, leur taille, leur périmètre, leur histoire et les ressources dont ils disposent. Dans le régime général, les SPST disposent d'une autonomie organisationnelle importante mais sont aussi fortement exposés aux effets de la concurrence entre priorités, à la pression des volumes de visites et aux fusions. Dans le régime agricole, l'inscription dans le réseau de la MSA et la logique de guichet unique tendent à favoriser une plus grande homogénéité de l'offre, tout en laissant des marges de manœuvre aux acteurs locaux. Les services autonomes ou les services de médecine préventive des universités présentent encore d'autres configurations, parfois plus propices à l'action en milieu de travail, mais soumises à de plus grandes instabilités.

Le projet montre à ce titre que les services ne sont pas tous engagés de la même manière dans la prévention, ni organisés selon les mêmes arbitrages entre suivi individuel, action en milieu de travail, gestion de flux et travail collectif. Certains services apparaissent davantage orientés vers une logique de production d'actes, fortement structurée par les indicateurs et les impératifs de couverture. D'autres conservent ou développent des marges pour des actions collectives, des études de poste ou des dispositifs de traitement partagé des situations. Ces écarts tiennent à la taille des structures, aux moyens disponibles, aux styles de direction, mais aussi à l'histoire locale des équipes et aux relations nouées avec les entreprises, les administrations ou les réseaux territoriaux. Le projet insiste ainsi sur le caractère fortement localisé des coopérations. Les mêmes textes, les mêmes protocoles ou les mêmes outils ne produisent pas partout les mêmes effets, parce qu'ils s'insèrent dans des collectifs, des équilibres de pouvoir et des routines différentes.

**3. La pénurie médicale comme moteur de redéfinition de la division du travail**

Le troisième résultat important concerne le rôle central que joue la pénurie de médecins du travail dans les transformations observées. Entre 2010 et 2025, le nombre de médecins du travail en exercice a drastiquement diminué alors même que le nombre de salariés couverts augmentait. Cette évolution a constitué l'un des principaux moteurs de la redéfinition du système. L'extension de la pluridisciplinarité répond certes à une volonté politique de renforcer la prévention, mais elle est aussi une réponse « logique » à la rareté d'un groupe professionnel historiquement central. Dans ce contexte, de nouvelles catégories de professionnels voient leur rôle croître. Les IPRP sont davantage sollicités sur les risques, l'organisation du travail et les actions de conseil ; les infirmières de santé au travail interviennent de plus en plus dans le suivi individuel et dans des actions collectives ; les

assistants assurent un travail de filtrage, d'organisation, de lien avec les employeurs et de gestion documentaire devenu indispensable au fonctionnement des services. L'enquête montre que ces métiers ne sont plus périphériques : ils sont désormais au cœur des équilibres quotidiens des organisations.

Cependant, cette redistribution des tâches ne signifie pas la disparition de la centralité médicale. Le médecin du travail conserve une position particulière, tant sur le plan juridique que symbolique. Il reste détenteur de compétences spécifiques en matière d'avis, de restrictions ou d'inaptitude, et demeure souvent la figure autour de laquelle continue de s'organiser la division du travail au sein des services. La pluridisciplinarité apparaît donc moins comme une égalisation des positions que comme une recomposition de la hiérarchie professionnelle, dans laquelle le pouvoir médical se transforme sans disparaître.

**4. La formation des IDEST : une évolution limitée malgré l'élargissement des missions**

Le quatrième résultat concerne la formation des infirmières de santé au travail. Le décret du 27 décembre 2022 a fixé des volumes minimaux d'enseignement et de stage, ainsi qu'une structuration homogène autour de six modules. Pour autant, l'enquête montre que cette réforme n'a pas profondément renouvelé les contenus de formation. Dans la plupart des cas, les responsables de formation décrivent surtout un travail de mise en conformité, de réagencement et d'harmonisation de contenus déjà présents.

L'étude met également en évidence une organisation pyramidale de la définition des contenus de formation. Un cercle restreint de médecins du travail occupant des positions dominantes dans les espaces universitaires et professionnels joue un rôle déterminant dans l'orientation des maquettes. Cette configuration favorise l'homogénéisation des contenus, mais elle limite les marges d'initiative des intervenants, y compris des IDEST elles-mêmes.

Le curriculum formel demeure largement dominé par des savoirs de type légaliste, centrés sur les normes, les dispositifs et les cadres réglementaires. Quelques espaces existent pour transmettre des savoirs plus proches du travail réel, mais ils restent limités. L'enquête souligne ainsi un décalage entre la transformation des activités effectivement assumées par les IDST et les contenus qui leur sont enseignés. Les formations contribuent finalement assez peu à préparer les professionnelles aux réalités relationnelles, organisationnelles et interprofessionnelles de leur métier, alors même que leur rôle s'étend. Le projet montre enfin que la réforme produit de nouvelles inégalités entre professionnelles déjà formées et nouvelles formées, selon les régimes et les organismes de formation, en particulier sur les enjeux liés aux délégations.

**5. Une pluridisciplinarité réelle mais fragile**

Le cinquième résultat central est que la pluridisciplinarité et les collaborations interprofessionnelles sont bel et bien effectives, mais qu'elles prennent des formes variables, incomplètes et parfois instables. Le projet distingue plusieurs modalités de collaboration : la

coordination, la coopération, la co-action et l'action collégiale. Cette distinction permet de montrer que toutes les formes de travail à plusieurs ne se valent pas et n'ont pas les mêmes effets sur la prévention.

- La coordination correspond à une mise en parallèle d'activités distribuées, souvent pilotée par une direction, un médecin coordonnateur ou un cadre.
- La coopération renvoie à des formes de soutien, de vérification ou d'assistance entre professionnels.
- La co-action correspond enfin à des situations où plusieurs professionnels interviennent simultanément sur une même activité, comme certaines visites d'entreprise ou études de poste.
- L'action collégiale désigne des moments de délibération collective, par exemple autour de situations complexes de maintien en emploi.

L'enquête montre que ces différentes formes coexistent, mais que la co-action et la coopération substantielle restent les plus exigeantes. Elles supposent du temps, des espaces de discussion, une clarification des responsabilités et des liens interpersonnels stabilisés. À l'inverse, dans des organisations très contraintes ou instables, la pluridisciplinarité tend à se réduire à une juxtaposition de tâches ou à une coordination formelle faiblement investie. Ce résultat est important pour l'action publique : renforcer la pluridisciplinarité ne peut pas signifier uniquement ajouter des métiers ou multiplier les procédures ; cela suppose de travailler les conditions concrètes du collectif.

**6. Les délégations de visites et la recomposition de l'autorité médicale**

Le sixième résultat important concerne les délégations de visites et la façon dont elles révèlent les recompositions de l'autorité médicale. L'enquête montre que les assistants et surtout les infirmières jouent un rôle croissant dans le suivi des salariés, mais dans des conditions fortement encadrées. Les délégations ne font pas disparaître le contrôle médical ; elles le déplacent. Le médecin demeure le point d'appui de la légitimité des actes, même lorsque ceux-ci sont réalisés par d'autres. Le rôle des assistantes apparaît à cet égard particulièrement éclairant. Souvent peu visibles dans les discours officiels, elles effectuent pourtant un travail central de filtrage, de temporisation, de mise en ordre de l'activité et de médiation avec les employeurs. Leur action rend matériellement possible l'exercice des autres professionnels. L'enquête invite ainsi à reconnaître davantage la contribution de ces fonctions support à la capacité préventive réelle des services. Chez les infirmières, la montée en responsabilité est manifeste, mais elle demeure traversée par des ambiguïtés. Les IDEST voient leur périmètre s'étendre, notamment pour certaines visites jugées simples et pour diverses actions de prévention, mais cette extension reste encadrée par des protocoles et par une définition légitime du métier encore largement contrôlée par la profession médicale. Il en résulte une autonomie relative et parfois limitée dans sa reconnaissance institutionnelle.

**7. L'action en milieu de travail comme laboratoire de la pluridisciplinarité**

Le septième résultat porte sur les actions en milieu de travail, qui apparaissent comme un observatoire privilégié des recompositions contemporaines. Les interventions en entreprise, les fiches d'entreprise, les DUERP et les études de poste donnent à voir la manière dont la prévention peut se construire collectivement, mais aussi les limites très concrètes de cette ambition. Le projet montre que la prévention primaire suppose un investissement de terrain qui reste difficile à soutenir dans de nombreux SPST. Les services très exposés à la pression des visites et aux tâches administratives disposent de marges réduites pour développer des actions approfondies en entreprise. À l'inverse, certaines configurations, notamment dans le régime agricole ou dans certains services autonomes, offrent des conditions plus favorables à une présence effective sur les lieux de travail. Cette comparaison met en évidence que la capacité à agir sur les causes du risque dépend autant de la volonté affichée de faire de la prévention que de la structure du service et de ses ressources.

**8. Les cas complexes : la négociation de la « moins pire des solutions »**

Le huitième résultat concerne le traitement des cas complexes, en particulier dans les dispositifs liés à la prévention de la désinsertion professionnelle. Lorsqu'il s'agit d'articuler état de santé, contraintes d'emploi, capacités de reclassement, intérêts de l'employeur, droits sociaux et trajectoires individuelles, aucune solution pleinement satisfaisante n'est généralement disponible. Les professionnels doivent alors élaborer, à plusieurs, des compromis situés. L'enquête montre que ces situations sont des moments privilégiés de mise à l'épreuve de la pluridisciplinarité. Elles rendent visibles les hiérarchies entre métiers, les désaccords de qualification des situations, les divergences d'intérêts ou de temporalités, mais aussi les ressources relationnelles accumulées par les équipes. Dans les configurations les plus favorables, la discussion permet de construire une compréhension partagée et d'arbitrer collectivement. Dans d'autres cas, la décision repose sur des accords précaires, parfois suspendus à quelques personnes-clés ou à des relations de confiance difficiles à stabiliser. Le projet insiste ici sur un point important : la collaboration dans les cas complexes reste profondément localisée et dépendant des relations interpersonnelles. Or, cette contingence ne doit pas être perçue comme un défaut résiduel des organisations ; elle constitue une dimension ordinaire de l'action collective dans des situations où la standardisation ne suffit pas.

**Apports pour la communauté de recherche**

Le projet SoTAC apporte plusieurs contributions importantes à la communauté des chercheurs et chercheuses en sciences sociales. La première est empirique. En documentant de manière approfondie un secteur professionnel en recomposition, il enrichit les connaissances sur un domaine encore relativement peu étudié sous l'angle des collaborations interprofessionnelles et du point de vue des professionnels non-médecins. Il permet ainsi de mieux comprendre la

manière dont les réformes de la santé au travail transforment concrètement les activités, les rapports de pouvoir et les identités professionnelles.

La deuxième contribution est conceptuelle. Le projet propose de dépasser les usages normatifs de la notion de collaboration interprofessionnelle en distinguant plusieurs dimensions d'analyse : le niveau, la forme, le contenu et le mode de décision des collaborations. Cette grille offre un ensemble d'outils pour l'étude d'autres secteurs où le travail collectif entre métiers est devenu central, dans la santé, le médico-social ou d'autres domaines de l'action publique.

La troisième contribution tient au dialogue entre plusieurs traditions théoriques. La recherche articule sociologie des professions, sociologie des organisations et sociologie du travail, ce qui permet de relier les enjeux de juridiction professionnelle, les dynamiques institutionnelles, la rationalisation gestionnaire et les dimensions subjectives de l'activité. Cette recherche montre qu'aucune de ces approches, prise isolément, ne suffit à rendre compte de la complexité des transformations en cours.

La quatrième contribution est méthodologique. En procédant à une comparaison inter-configurationnelle, le projet illustre la fécondité d'enquêtes multi-situées pour comprendre les effets concrets des politiques publiques. Il montre également l'intérêt de comparer des objets qui semblent d'abord incommensurables, en l'occurrence des services relevant de régimes de protection sociale différents.

**Apports pour la décision publique et les acteurs professionnels**

Les résultats du projet peuvent alimenter de manière utile les réflexions des pouvoirs publics, des organismes nationaux, des acteurs territoriaux et des professionnels du secteur et plus largement ceux du maintien en emploi. Un premier enseignement est que la pluridisciplinarité ne peut être réduite à un principe d'organisation inscrit dans la loi. Pour qu'elle améliore effectivement la prévention, il faut des conditions concrètes : équipes stabilisées, temps pour se coordonner, ressources de proximité, formations adaptées et pilotage attentif aux coopérations réelles.

Un deuxième enseignement est que les instruments de pilotage actuels doivent être interrogés. Une évaluation trop exclusivement fondée sur les volumes d'activité, la conformité procédurale ou la production documentaire risque de déplacer l'attention des services vers la gestion des indicateurs au détriment du travail de prévention en milieu de travail et de l'analyse des situations complexes. Les résultats invitent donc à développer des formes d'évaluation plus qualitatives, capables d'apprécier la qualité de la coopération, la pertinence des interventions et la capacité des services à maintenir des collectifs de travail efficaces.

Un troisième enseignement concerne la réduction des inégalités territoriales et organisationnelles. Tous les salariés ne bénéficient pas du même niveau d'accès à une prévention de qualité. Les politiques publiques gagneraient à intégrer cette hétérogénéité, en

soutenant davantage les structures les plus contraintes, en clarifiant les priorités entre suivi individuel et prévention collective, et en consolidant les articulations avec les réseaux territoriaux de santé et de maintien en emploi.

Un quatrième enseignement porte sur la formation. Le projet montre que l'élargissement des missions des professionnels non médicaux n'est pas pleinement accompagné par les contenus de formation. Pour les décideurs comme pour les organismes de formation, cela ouvre un chantier important : mieux former à la coopération, à l'analyse du travail réel, aux arbitrages éthiques, aux nouvelles responsabilités et aux relations entre prévention, santé publique et maintien en emploi.

Enfin, la recherche rappelle qu'une partie décisive de l'efficacité des dispositifs repose sur des dimensions souvent peu visibles : liens interpersonnels, relation de confiance et mémoire des collectifs de travail. Pour les institutions publiques, cela implique de traiter ces dimensions non comme des variables secondaires, mais comme des enjeux à part entière de politique publique.

**Perspectives de recherche**

Le projet ouvre plusieurs perspectives. Une première consiste à poursuivre l'analyse des effets de la loi du 2 août 2021 dans la durée, afin de distinguer ce qui relève d'ajustements transitoires et ce qui correspond à une transformation stabilisée du système. Une seconde perspective concerne l'articulation entre santé au travail et santé publique territoriale, notamment à travers les CPTS, les contrats locaux de santé et les dispositifs de maintien en emploi. Une troisième piste porte sur les professions encore peu visibles dans les recherches, comme les assistants, les psychologues ou les ergonomes. Une quatrième perspective concerne les instruments de gestion, les outils numériques et les dispositifs de certification, afin de mieux comprendre la manière dont ils redéfinissent les frontières du travail préventif. Enfin, les résultats invitent à comparer plus systématiquement la santé au travail avec d'autres secteurs publics ou parapublics soumis à des injonctions analogues de coopération, de rationalisation et de décloisonnement.

**Principales références bibliographiques**

Abbott, A. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, University of Chicago Press.

Barlet, B. 2015. *De la médecine du travail à la santé au travail. Les groupes professionnels à l'épreuve de la pluridisciplinarité*. Thèse de sociologie, Université Paris Ouest Nanterre.

Barlet, B. 2019. *La santé au travail en danger. Dépolitisation et gestionnarisation de la prévention des risques professionnels*. Toulouse, Octarès.

Bergeron, H., Castel, P. 2024. *L'organocène. Du changement dans les sociétés surorganisées*. Paris, Presses de Sciences Po.

Brissy, S. 2022. « La délégation des missions du médecin du travail. Vers une pluridisciplinarité en santé au travail ? », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, n° 35, p. 160-163.

Chaumel, D., Maurice, B., Vinquant, J.-P. 2020. *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*. Rapport IGAS, n° 2019-070R1.

Demazière, D. et Gadéa, C. (dir.) 2009. *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte.

Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C. et Girard, L. dir. 2022. *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*. Paris, GIP IRDES.

Evetts, J. 2009. « New Professionalism and New Public Management: Changes and Continuities », *Comparative Sociology, 8, p. 247-266.*

Freidson, E. 1970. *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. New York, Atherton.

IGAS. 2025. *Rapport relatif aux innovations organisationnelles et techniques dans le champ de la santé au travail*, tome 1.

Lecomte-Ménahès, G., 2017. *Permanence et transformations d'une institution de prévention : la médecine du travail : de l'évaluation de l'aptitude à celle des risques professionnels, thèse de sociologie*, Université de Nantes, Nantes.

Lerouge, L. 2021. « Quand la promotion prend le pas sur la prévention », *Revue de droit du travail*, n° 7, p. 423-430.

Marichalar, P. 2014. *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question*. Paris, Presses de Sciences Po.

Star, S. L. et Griesemer, J. R. 1989. « Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects », *Social Studies of Science*, vol. 19, n° 3, p. 387-420.

## Rapport scientifique complet

***Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA***

***Un rapport complet a néanmoins été rédigé, notamment dans la perspective de la publication d'un ouvrage. Le document est en cours de relecture, mais il pourra être transmis sur simple demande dans les semaines à venir.***

# II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE


Biopark - 8, rue de la croix Jarry - 75013 Paris
info@iresp.net - www.iresp.net

## Publications scientifiques

1. **Liste des articles et communications écrites**
    - Adam Méghane, Val Legoll Julia, 2026, « Comparer l'incomparable, logiques et vertus appliquées à la sociologie du travail. Le cas de l'effet "Docteur House" ou "Maçons du cœur" », *Pensées vives*, n°5, URL : https://uca.hal.science/hal-05505747v1
    - Doga Marie, Julhe Samuel, Salaméro Emilie, Val Legoll Julia, (in press), The regulation of occupational services in France, in M. Saks (ed.), *International Handbook on Health Practitioner Regulation*, London : Routledge.
    - Julhe Samuel, Jung Thomals, Val Legoll Julia, (accepté), « Prévenir la désinsertion professionnelle des salariés agricoles. Un ordre négocié entre acteurs de la MSA », *Sociologie du travail*.
    - Val Legoll Julia (à paraître), « Les collaborations en service de prévention et de santé au travail : entre logiques professionnelles et organisationnelles », dans L. Jacquot, A. Tcholakova (dir.), *Au chevet du travail. Acteurs de la prévention et groupes professionnels face à la dégradation des conditions de travail*, Bordeau, Ed. Le bord de l'eau.

2. **Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet**.
    - Jung Thomas, 2024, *L'identité professionnelle des chargés de maintien du Cap Emploi. Les conditions du maintien en emploi des travailleurs handicapés en France*, Thèse de doctorat, sous la direction de Samuel Julhe, Université Clermont Auvergne, soutenue le 4 novembre 2024.
    - *Pawelczyk Damien (en cours), Reconfigurations et mise en œuvre des démarches ''qualité de vie et conditions de travail'' dans la Fonction publique territoriale*, Thèse de doctorat, sous la direction de Samuel Julhe, Université Clermont Auvergne, soutenance prévue pour 2028.
    - Val Legoll Julia (en cours). *Reconfigurations des collaborations pluriprofessionnelles dans les nouveaux services de prévention et de santé au travail,* Thèse de doctorat, sous la direction de Samuel Julhe, Université Clermont Auvergne, soutenance prévue pour 2027.

3. **Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée**
    - Organisation de la journée d'étude « Les reconfigurations de la prévention en santé au travail », qui s'est déroulée le 21 juin 2024 à Bordeaux.

- Organisation du colloque « Prévention, promotion de la santé et amélioration des conditions de travail », qui s'est déroulé les 2 et 3 avril 2026 à Clermont-Ferrand.


- Adam Méghane, Val Legoll Julia, 2024, « Comparer l'incomparable, logiques et vertus appliquées à la sociologie du travail. Le cas de l'effet "Dr House" ou "Maçon du cœur" », *Journée transdisciplinaire de l'ED LLSHS*, Clermont-Ferrand, octobre 2024.
- Doga Marie, Salaméro E., 2025, « Transformations in regulation of profesionnal practices in occupational health services : French cases studies ». *International congress of International sociology association*, Rabat, Maroc, juillet 2025.
- Julhe Samuel, Val Legoll Julia, 2024, « Conditions d'organisation du travail et des collaborations pluriprofessionnelles dans les SPST », *Journée d'études Les reconfigurations de la prévention en santé au travail*, Bordeaux, 21 juin 2024.
- Julhe Samuel, 2026, « « Les reconfigurations des services de santé au travail des universités françaises », Colloque « Prévention, promotion de la santé et amélioration des conditions de travail », Clermont Ferrand, 2 et 3 avril 2026.
- Jung Thomas, 2026, « La négociation du "raisonnable" des aménagements de poste des travailleurs handicapés », Colloque « Prévention, promotion de la santé et amélioration des conditions de travail », Clermont Ferrand, 2 et 3 avril 2026.
- Jung Thomas, 2026, « Négocier le caractère raisonnable d'un aménagement », Printemps des humanités « Pourquoi travailler, voies, voix, vies : le travail au défi du handicap », Campus Condorcet Aubervilliers.
- Pawelczyk Damien, 2026, « Apprendre la prévention des risques professionnels dans la fonction publique territoriale : former sans contraindre », Colloque « Prévention, promotion de la santé et amélioration des conditions de travail », Clermont Ferrand, 2 et 3 avril 2026.
- Salaméro E., Doga Marie, 2025, « Research into preventive health service in France : the contribution of case studies », *International congress of International sociology association*, Rabat, Maroc, juillet 2025.
- Val Legoll Julia, 2024, « Les collaborations en service de prévention et de santé au travail : entre logiques professionnelles et organisationnelles », *Festival*

*International de SOciologie (FISO)*, « Au chevet du travail, les enjeux de la santé au travail », Epinal, 14-19 octobre 2024.

- Val Legoll Julia, 2024, « Les infirmières en santé au travail : quels enjeux de reconnaissances pour un métier qui se complexifie ? », *Atelier de recherche sur le monde de la santé au travail*, Poitiers, novembre 2024.
- Val Legoll Julia, 2025, « Le "mercato" des infirmières de santé au travail : entre soutenabilité du rythme de travail et manque de reconnaissance », in 11e Congrès de l'Association Française de Sociologie, Toulouse, France.
- Val Legoll Julia, 2026, « Un système de santé au travail à plusieurs vitesses. Comparaison entre régimes d'affiliation à la sécurité sociale. », Doctoriales Santé & Travail du GIS GESTES et de la Plateforme SHS-Santé, Aubervilliers, France.
- Zolesio Emmanuelle, 2024, « Les conditions de félicité au travail de professionnelles d'un centre de prévention et santé au travail », *Festival International de SOciologie (FISO)*, « Au chevet du travail, les enjeux de la santé au travail », Epinal, 14-19 octobre 2024.

## Communications au grand public

- Arnaud C., 2025, « Préserver la santé au travail, un modèle à la recherche d'un nouveau souffle », article pour le média *Puy-de-Sciences*, publié le 12 décembre 2025. URL : https://puydesciences.uca.fr/le-media/articles/culture-et-societes/preserver-la-sante-au-travail-un-modele-a-la-recherche-dun-nouveau-souffle