



Texte original*.

Les pièges de la participation : exemple d'un projet de construction d'un EHPAD¹

Karine CHASSAING*, Yann POLEY & Johann PETIT***

*Bordeaux INP, ENSCBP, 16 av. Pey Berland 33607 Talence

**Déméris Conseil, 26 rue Georges Mandel, 33 000 Bordeaux

Résumé. L'objet de cette communication est de discuter des effets de la participation, à partir d'une intervention ergonomique d'accompagnement à la construction d'un EHPAD, menée par trois ergonomes. Ce retour d'expérience nous permet de mettre en avant les effets à la fois positifs, mais également négatifs, pouvant apparaître lors de la conduite d'un projet. Nous montrerons comment cette participation est à penser dans un contexte particulier, en fonction de conditions à prévoir pour sa mise en place ; elle est également à l'initiative d'autres acteurs, sans que les ergonomes y soient toujours intégrés. Bien plus, elle peut ouvrir un espace de débat dans lequel des désaccords et mécontentements s'expriment. Or, une maîtrise d'ouvrage n'y est pas forcément préparée, pensant que participation signifie bien souvent adhésion, satisfaction d'être consulté. Qu'en est-il réellement ? Quels rôles peuvent jouer les ergonomes dans la structuration et l'animation de ces différentes formes de participation ?

Mots-clés : Participation, projet architectural, accompagnement, pratiques des ergonomes

The pitfalls of participation : example of a project to build an EHPAD

Abstract. The purpose of this paper is to discuss the effects of participation, illustrated by an ergonomic intervention on the construction of an EHPAD, conducted by three ergonomists. This feedback allows us to highlight the effects, both positive and negative, that may appear during the conduct of a project. We will show how participation is to think in a particular context, according to conditions to think for its implementation; it is also to the initiative of other actors, where the ergonomists aren't always integrated. Moreover, it can open a space for debate in which disagreements and discontent are expressed. However, management is not necessarily prepared for this, thinking that participation often means satisfaction to be consulted. What is it really? What roles can ergonomists play in the structuring and animation of these different forms of participation?

Keywords: participation, architectural project, support, ergonomists' practices

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Bordeaux du 3 au 5 octobre 2018. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Karine CHASSAING, Yann POLEY & Johann PETIT (2018). Les pièges de la participation : exemple d'un projet de construction d'un EHPAD. Actes du 53^{ème} Congrès de la SELF, Bordeaux, 3-5 Octobre 2018.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

¹ Etablissement d'Hébergement pour Adultes Dépendants

INTRODUCTION

Les méthodes participatives, quelle qu'en soit la forme, questionnent en profondeur le travail et surtout son organisation. De nombreux auteurs soulignent l'intérêt et l'efficacité des démarches participatives en ergonomie (Woods and Buckle, 2006 ; Vink and Kompier, 1997 ; Kuorinka, 1997 ; Nagamachi, 1995 ; Liker *et al.*, 1995 ; Hagberg *et al.*, 1995). Ces démarches constituent un moyen de donner une place aux salariés et au travail dans les interventions et plus largement dans le fonctionnement des entreprises. Elles renvoient à la fois à des questions d'efficacité de l'intervention, mais aussi à ce que nous pourrions appeler une éthique de la citoyenneté, la volonté d'associer les travailleurs de tout niveau hiérarchique à la détermination des éléments qui vont conditionner leur vie au travail (Daniellou, 2009). Pour St-Vincent *et al.* (2000, p.4), la démarche d'ergonomie participative concerne « *la mise en commun et la confrontation de savoirs : ceux d'ergonomes, d'opérateurs et de spécialistes techniques* ». Nous pourrions compléter cette définition en ajoutant des acteurs comme les décideurs puisque la participation de plusieurs niveaux hiérarchiques devient centrale pour influencer un processus de conception. Mais lorsque les ergonomes interviennent, ils ne sont parfois pas les seuls à initier la participation. Si l'on souhaite éviter certains écueils, il leur revient alors de repérer qui participe, à quoi, à partir de quels matériaux et avec quels objectifs.

L'objet de cette communication est de discuter des différents effets possibles de la participation, à partir d'une intervention ergonomique d'accompagnement à la construction d'un EHPAD, menée par trois ergonomes. Ce retour d'expérience nous permet de mettre en avant que ces effets ne sont pas que positifs. La participation ouvre forcément un espace de débat dans lequel

des désaccords, des mécontentements s'expriment. Une maîtrise d'ouvrage n'y est pas forcément préparée, pensant que participation signifie adhésion et satisfaction d'être consulté. On retrouve ici le rôle pédagogique des ergonomes auprès de la maîtrise d'ouvrage (Dugué, Petit et Daniellou, 2010). Avant de revenir plus précisément sur les effets de la participation en discussion de cette communication, il importe de présenter au préalable le contexte de l'intervention, puis la démarche participative mise en place par les ergonomes et par d'autres acteurs dans ce projet.

CONTEXTE DE L'INTERVENTION ET MISSIONS DES ERGONOMES

L'intervention concerne un projet de construction d'un EHPAD en vue de remplacer celui existant sur un autre site. Son ouverture est prévue en 2020. Le projet a commencé en 2016 et est donc en cours.

L'EHPAD actuel, construit en 1988, compte 104 places d'hébergement, dont 4 en hébergement temporaire. Il est organisé sur 5 niveaux. Le bâtiment ne répond plus aux normes d'accessibilité, il souffre d'un manque général de surface. 20 chambres sont doubles, ce qui crée des tensions entre les résidents et avec les familles. Ces différentes caractéristiques du bâtiment constituent des contraintes de vie et de travail pour celles et ceux qui utilisent l'EHPAD. En 2015, il y a eu 578 jours d'arrêt pour accident du travail dans l'établissement, contre 183 en 2014 et le taux de gravité se situe entre 1,53 et 2,89 depuis 3 ans (moyenne nationale à 1,3).

Notre présence tout du long du projet, jusqu'en 2020, est liée à une volonté politique des élus de la ville de mener un projet « phare » en termes de démarche participative et de coopération de plusieurs acteurs : architectes, direction et personnels de l'EHPAD, direction du CCAS² et ergonomes. En appui, la CNRACL³ finance la présence d'ergonomes afin de favoriser la

² Centre Communal d'Action Sociale

³ Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales

prévention des risques professionnels en amont de la conception ainsi que la participation des personnels à la conception du futur établissement⁴.

Avec un positionnement en assistance à maîtrise d'ouvrage, qui constitue un positionnement favorable pour influencer le processus de conception (Martin, 2000), nos missions portent sur l'apport d'une aide technique et organisationnelle à l'élaboration des plans du futur établissement, sur un accompagnement à la conduite du changement jusqu'au déménagement et enfin à une capitalisation et formalisation de la démarche en vue de projets architecturaux futurs.

ORGANISER LA PARTICIPATION D'UN ENSEMBLE D'ACTEURS : LE RÔLE DES ERGONOMES

La structuration du projet

La figure 1 présente la structuration du projet.

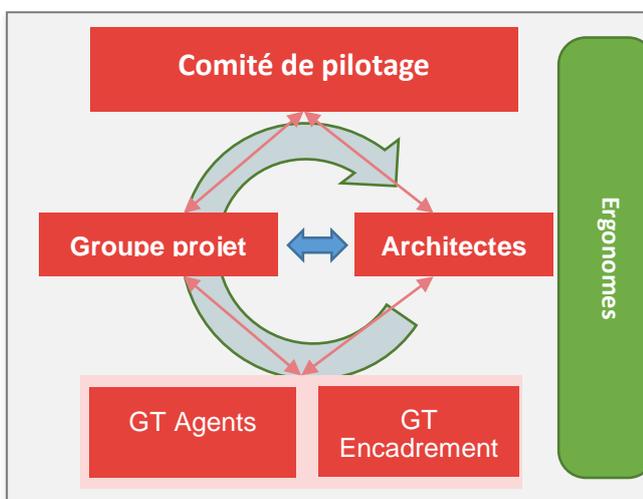


Figure 1 : structuration du projet

Trois niveaux de groupes ont été constitués

- un **comité de pilotage** composé de représentants de la CNRACL, du CCAS, de la mairie, du CHSCT et de la direction de l'EHPAD. Celui-ci a principalement une mission de

supervision et permet à un ensemble d'acteurs essentiels (CNRACL, mairie et CHSCT) de suivre l'avancée du projet ;

- un **groupe projet** composé des mêmes représentants du CCAS et de la direction et encadrement de l'EHPAD. Ce groupe, en interaction directe avec les architectes, permet de centraliser les productions de plusieurs groupes de travail, dont celui des ergonomes, de façon à établir des repères de conception utiles pour les architectes ;
- enfin, des **groupes de travail** (nommés **GT** dans la figure 1) composés d'agents de l'actuel EHPAD et de l'encadrement local. La composition de ces groupes varie en fonction des sujets traités. À l'occasion, certains groupes de travail réunissaient agents et encadrement.

Les **ergonomes**, transverses à l'ensemble de ces groupes, permettent d'assurer une continuité et ainsi d'aider les différents groupes à expliciter certains points, à construire collectivement des repères utiles, à structurer le projet et les démarches participatives.

Cette structuration itérative du projet vise à faciliter la construction progressive de repères de conception, ceux-ci étant le fruit du travail et de réflexions de plusieurs acteurs (salariés, encadrants, maîtrise d'ouvrage, etc.). Ainsi, sur la base d'une première phase de diagnostic du travail réel, il a été possible de mettre en discussion au sein des **groupes de travail** les propositions des **architectes**. Les résultats de ces groupes étaient ensuite présentés au **groupe projet** pour arbitrer et remonter aux **architectes** les éléments à modifier.

Créer une dynamique entre acteurs

Cette structuration n'a toutefois pas été définie ainsi dans un premier temps. Ainsi,

architecturale. Celle-ci est toutefois prévue lors de choix d'aménagement intérieur et pour préparer la phase de déménagement.

⁴ Précisons que la maîtrise d'ouvrage a fait le choix de ne pas intégrer la participation des résidents et/ou de leur représentant à la phase de conception

même si nous souhaitons dès le départ mettre en place cette démarche itérative, il nous a été nécessaire de construire une dynamique collective où l'ensemble des personnes apprennent à partager une méthodologie de travail dans laquelle ces formes de participations sont possibles (Dugué, Petit et Daniellou, 2010).

Tout au long de l'intervention, plusieurs ingrédients semblent essentiels pour favoriser une démarche participative pertinente. Bien que nous n'ayons pas encore assez de recul sur ces éléments, en voici au moins deux qui semblent pertinents :

- ne pas impacter le fonctionnement de l'EHPAD en mobilisant du personnel. Ici, un renfort des personnels financé par la CNRACL était possible, permettant aux participants de savoir que leurs collègues étaient aussi nombreux que d'habitude ;
- une maîtrise d'ouvrage proche du terrain, avec une connaissance du fonctionnement réel des EHPAD. Ici, nous pouvons citer un représentant du CCAS qui était directeur d'un EHPAD, une directrice locale qui était ancienne infirmière-cadre, etc.

Un exemple de production de la démarche participative

Pour illustrer les apports possibles d'une démarche participative telle que nous la soutenons, nous présentons dans le tableau 1 un extrait d'une formalisation réalisée lors de la phase concours. Issu d'une première phase de diagnostic et de plusieurs groupes de travail, ce tableau résume les avantages et inconvénients de propositions architecturales proposées par trois architectes.

Ce tableau intègre ainsi :

- des éléments issus des observations, entretiens, formalisés par les ergonomes à travers des Situations d'Actions Caractéristiques (colonne « Catégories ») ;
- des productions des groupes de travail avec les salariés d'une part et l'encadrement d'autre part, pour, sur la

base de ce premier diagnostic, affiner la compréhension du travail réel et les représentations qu'ils portent sur les situations de travail et les questions à traiter (définition des quatre colonnes de la partie « plan 1 »)

- des groupes de travail avec les salariés et l'encadrement pour remplir ce tableau (des « + » lorsqu'un plan semble globalement favoriser une situation d'action positive en termes d'impacts sur la santé des salariés et sur la qualité de vie des résidents, des « - » lorsque ces éléments semblent globalement négatifs et des « = » lorsqu'il ne semble pas y avoir de changement par rapport à l'existant)

Catégories	Plan 1			
	Qualité de vie du résident	Condition de travail	Aspect collectif	Flux
Gestion du lever des résidents	-	+	-	-
Gestion des repas	=	+	=	+
Surveillance des résidents dans les étages	-	-	=	=
Gestion des morts	+	+	=	+
Accès extérieurs et flux intérieurs/extérieurs	=	=	=	-
Circulations verticales	-	-	=	-
Stockage des chariots	=	-	=	-

Tableau 1 : extrait d'un tableau de synthèse permettant d'identifier les avantages et inconvénients d'un plan concernant plusieurs sujets

Par exemple, en ce qui concerne la situation « gestion du lever des résidents », le plan 1 a été jugé plutôt négativement en termes d'impacts sur la qualité de vie des résidents, les aspects collectifs et les flux, mais plutôt positif en ce qui concerne les conditions de travail.

Plus globalement, ces groupes de travail ont permis aux personnes de se « plonger »

dans les plans, d'en comprendre la lecture et de participer à la construction d'une part des critères de sélection des architectes. C'était également l'occasion de travailler conjointement sur les plans et de mettre en débat des situations de travail et de vie des résidents, en s'appuyant sur les plans.

Ainsi, cette phase a été un moment important : c'est à cette occasion qu'a débuté la construction d'une nouvelle façon de travailler. Alors que seule la direction locale était intégrée lors de l'élaboration du programme, celle-ci permet aux salariés d'y participer pour la première fois et parfois de remettre en question certains choix.

MAIS LES ERGONOMES NE SONT PAS LES SEULS INITIATEURS DE LA PARTICIPATION DES PERSONNELS

En ce qui concerne la sollicitation des personnels, nous n'avons pas été les seuls à travailler avec eux dans le but d'aider à la conception des plans architecturaux.

Deux principales méthodes de participation des personnels identifiées

Le tableau 2 ci-dessous reprend le nombre de groupes de travail réalisés avec les personnels selon l'avancement des phases⁵ d'élaboration des plans, à l'initiative de trois acteurs principaux : l'EHPAD et en particulier l'infirmière-cadre avec la directrice, l'architecte et nous-mêmes.

	EHPAD	Ergonomes	Architecte
Concours Janv à juin 2017	6	14	0
ESQ Juin 2017	1	0	3
APS Juil. à Oct. 2017	3	2	3
APD Oct. à janv. 2018	5	3	1
Total	15	19	7

Tableau 2 : Nombre de groupes de travail par phase, en fonction des organisateurs

⁵ Après la phase concours qui permet de choisir l'architecte, 3 grandes phases s'enclenchent qui permettent d'affiner le détail des plans. ESQ pour esquisses, APS pour Avant-Projet Sommaire et APD pour Avant-Projet Définitif. S'en suit le dépôt du permis de construire.

Les groupes de travail constituent la principale forme de participation dans ce projet⁶. Leur réalisation témoigne d'un engagement notamment de l'encadrement de l'EHPAD dans le projet, avec 15 groupes réalisés. Ces sollicitations du personnel avaient pour but d'identifier des besoins en termes d'espace. L'infirmière-cadre a travaillé essentiellement avec les agents d'hygiène, les aides-soignantes et les infirmières ; l'architecte, lui, surtout avec le responsable cuisine, la diététicienne et la lingère. Quant à nous, outre le personnel déjà sollicité, nous avons travaillé avec plus de métiers en présence dans la structure comme la psychologue, la coiffeuse, la magasinnière, etc.

Nous avons identifié une seconde forme de sollicitation des personnels initiée par le pôle Qualité de Vie au Travail du CCAS, à savoir des questionnaires et des entretiens réalisés dans le cadre d'une démarche d'accompagnement du changement nommée « CONCERTO ». L'objectif n'était pas de faire participer le personnel à la conception des plans, mais plutôt de recueillir leur point de vue sur le projet, leurs conditions de travail.

Une sur-sollicitation des personnels, source de démobilisation

Finalement, les personnels ont été sollicités à plusieurs reprises par différents acteurs sans que cela soit vraiment articulé et planifié, générant ainsi une lassitude de leur part, des incompréhensions quant aux objectifs de chacun, des impressions de se répéter. Une impression d'une gestion « brouillonne » du projet s'en dégageait auprès d'eux. En raison de notre présence ponctuelle, de la multitude d'acteurs dans le pilotage du projet, d'acteurs décisionnaires impliqués et engagés, il aura fallu plusieurs échanges téléphoniques avec la maîtrise d'ouvrage et une présentation en comité de

⁶ D'autres formes peuvent être citées : visites de sites de références, présentation de matériel spécifique, etc.

pilotage sur la démarche participative pour faire comprendre que « trop de participation » non coordonnée peut être contre-productive. Ces mises au point au sein de la maîtrise d'ouvrage nous ont permis de passer d'une impression d'un fonctionnement cloisonné entre les ergonomes et l'encadrement local de l'EHPAD à une aide à la structuration de la participation dans la gestion globale du projet. Dès lors, il était important d'assurer un rôle de veille. Il ne s'agit pas de laisser penser que nous devons être les seuls porteurs et organisateurs de groupes de travail, mais plutôt de se coordonner et de partager les informations issues des différents groupes. Dans cette situation, l'encadrement local est tellement investi et inquiet du fonctionnement futur de l'EHPAD, que « rater quelque chose » n'était pas envisageable. Il s'agit là d'un ingrédient favorable à la mise en place de la participation dans l'EHPAD, mais il nous a fallu bien souvent « freiner » l'engouement, jouer un rôle de prise de recul auprès de ces acteurs.

Un enjeu : garder une cohérence dans la remontée des informations vers la maîtrise d'œuvre

Face à ces multiples groupes de travail, l'enjeu se trouve alors dans la maîtrise des informations qui remontent à la maîtrise d'ouvrage, mais aussi à la maîtrise d'œuvre. Nous avons dû, en plus des repères issus de nos observations et de nos simulations en groupe de travail, récolter les informations et repères construits par d'autres acteurs. À chaque fois nous avons rassemblé les traces élaborées hors de notre présence. Chacune de ces traces a été construite par les acteurs, avec le souci de faire état des éléments à prendre à compte dans les futurs plans. En voici quelques exemples :

- le responsable cuisine et la diététicienne, sollicités par la direction de l'EHPAD et du CCAS au tout début du projet, ont établi un tableau des besoins pour le fonctionnement de la cuisine. Tout du long, ils ont été très autonomes et moteurs dans les

réflexions. Ces derniers étant en lien direct avec l'architecte, il était alors important d'être aussi destinataire de leurs remontées ;

- la magasinière avait élaboré une liste des besoins en équipement et en espace de stockage dans son magasin ; liste définie à partir de l'étude de sa situation actuelle, mais aussi en ayant consulté des collègues d'EHPAD voisins. Cette dernière n'a pas été en lien direct avec la maîtrise d'œuvre. Nous avons été destinataires ainsi que la direction de l'EHPAD de ces informations ;
- l'infirmière-cadre, qui a été à l'initiative d'un nombre assez important de groupe de travail, a élaboré des comptes rendus de groupe de travail, des tableaux d'équipements pour les salles à manger, pour le local linge propre et linge sale, etc., mais aussi des croquis d'aménagement de certains locaux.

Se tenir informé de ces éléments a nécessité de prévoir des temps de mutualisation et de travail avec le groupe projet avant les rencontres entre maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre. Il s'agissait de s'assurer que l'architecte ne se retrouve pas en présence d'éléments redondants ou, pire, contradictoires. Il n'a pas toujours été simple de garder cette vigilance même si ces temps de mutualisation étaient planifiés. L'architecte s'est ainsi parfois retrouvé avec des éléments contradictoires.

Ainsi, tous les éléments ne sont pas forcément issus d'un travail participatif organisé par des ergonomes. L'enjeu est de se tenir informés de ces éléments, mais aussi de savoir s'en emparer pour les appuyer dans certaines instances si cela est justifié du point de vue de la santé et la sécurité des personnels, mais aussi de la qualité de prise en charge des résidents.

CONCLUSION : LES EFFETS DE LA PARTICIPATION

Enfin, mettre en place une démarche participative, même si l'on reconnaît son utilité en théorie et en pratique, n'est pas

simple. Les façons dont on la construit, l'applique et la fait vivre ont un impact sur les effets qu'elle produit. Elle peut parfois être contre-productive, source de frustrations, de désillusions, face aux possibilités réelles de changement des situations de travail. Pour les acteurs du projet, faire de la participation, c'est aussi prendre ce risque-là. Dans le cas que nous avons présenté, elle a permis d'accompagner de façon positive le changement : les personnels ont contribué à la construction du futur et ils ont pu se projeter dans les situations de travail à venir. Elle permet aussi d'améliorer le fonctionnement futur par la construction de repères de conception intégrant préservation de la santé et amélioration de la qualité de prise en charge du résident. Un dernier effet positif concerne la construction auprès de la maîtrise d'ouvrage et des élus de la mairie d'une vision réelle du travail dans les EHPAD.

Toutefois, pour une direction (allant de l'EHPAD au CCAS), faire participer, c'est aussi s'exposer et laisser entrevoir des flous dans les décisions. Une part de ces flous provient de l'évaluation, par des simulations par exemple, de choix organisationnels qui, au regard du travail réel, montrent les aspects non anticipés. C'est par exemple un principe de livraison des repas aux étages pour lequel les salariés relèvent tout un tas de questions sans réponses, car non anticipés. Cette part est inhérente au travail de l'ergonome, elle peut toutefois se révéler difficile pour les salariés et présenter un projet qui n'est pas « bien ficelé ». Mais ce sont également des incertitudes connues, inhérentes à tout projet : l'augmentation des effectifs futurs, la potentielle ouverture en rez-de-chaussée d'une salle de restauration pour des habitants du quartier autorisés ou encore l'ouverture d'une unité Alzheimer. Faire participer avec des zones d'incertitude est bien connu des ergonomes en termes de construction de supports lors des simulations qui favorisent la projection dans le futur. Ces simulations, par exemple,

ont justement comme objectif de relever et travailler ces incertitudes à une phase où il est encore possible de les éclaircir. Toutefois, cela peut ajouter à la difficulté de faire participer, lorsque des décisions organisationnelles ne sont pas prises ou en suspens. Compte tenu des conditions de travail dans les EHPAD, il est évident que les personnels sont ravis d'avoir une nouvelle structure plus fonctionnelle. Ils craignent néanmoins de perdre en ressources et moyens avec un nombre de lits qui va augmenter. Faire de la participation, c'est donc aussi ouvrir un espace de débat pour les personnels sur leurs conditions de travail actuel, qui, quand il y a du flou dans certains choix organisationnels sur le futur, conforte leurs inquiétudes. Plus on sollicite les personnels tôt dans le projet, plus il y a du flou. Finalement, ce projet durera plusieurs années et cette sollicitation sur cette durée peut créer des attentes, avec des périodes où ils seront très sollicités et d'autres peu. La communication de la direction sur le projet est alors primordiale sur sa durée, mais elle a aussi sa charge de travail quotidienne à gérer.

Pour conclure cette communication, nous souhaitons revenir sur notre rôle quant aux démarches participatives dans ce projet. La dimension pédagogique de l'intervention ergonomique est bien connue : nous portons auprès d'acteurs d'entreprises, d'institutions, de collectivité, des connaissances sur le travail réel et sur le fonctionnement de l'homme en situation. Bien plus, nous avons aussi eu dans ce projet un rôle pédagogique concernant les démarches participatives : en initiant la participation, mais aussi en les aidant à prendre du recul sur toutes les démarches enclenchées auprès des personnels, nous avons pu mettre en avant la nécessité de structurer la participation pour ne pas générer une démobilitation des personnels. Il a également été nécessaire d'assurer un suivi sur une bonne part des productions des groupes de travail où nous n'étions pas là pour assurer une cohérence du point de vue

du travail et de la qualité de prise en charge des résidents. Enfin, il a été nécessaire de leur préciser qu'ouvrir un espace de débat ne signifie pas forcément obtenir l'adhésion. Or, faire du participatif, c'est justement ça : être en capacité pour une direction d'entendre les points d'achoppement, de mécontentements autant que les idées et points de vue constructifs pour le futur. C'est aussi accepter que certains ne souhaitent pas participer.

BIBLIOGRAPHIE

- Daniellou, F. (2009). L'ergonome et les débats sur la performance de l'entreprise, introduction. In *16es Journées sur la pratique de l'ergonomie* (pp. 9-18).
- Dugué, B., Petit, J. et Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *Revue électronique Pistes*, 12(3), 1-22.
- Hagberg M., Silverstein B., Wells R., Smith M.J., Hendrick H.W., Carayon P., Perusse M. (1995). *Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs): A Reference Book for Prevention*. Taylor & Francis, London.
- Kuorinka, I. (1997). Tools and means of implementing participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 19, 267-270.
- Liker K., Nagamachi M., Lifshitz Y.R. (1995). A comparative analysis of participatory ergonomics programs in US and Japan manufacturing plants. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 3, 185-199.
- Martin, C. (2000). *Maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre : construire un vrai dialogue: la contribution de l'ergonomie à la conduite de projet architectural*. Octarès.
- Nagamachi M. (1995). Requisites and practices of participatory ergonomics. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 15, 5, 371-377
- St-Vincent M., Toulouse G., Bellemare M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *Revue électronique Pistes*, vol 2, n°1, mai.
- Vink P., Kompier M.A.J. (1997). Improving office work : a participatory ergonomic experiment in a naturalistic setting. *Ergonomics*, 40, 4, 435-449.
- Woods V., Buckle, P. (2006). Musculoskeletal ill health amongst cleaners and recommendations for work organisational change. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 36, 1, 61-72.