

Ergonomie et santé au travail, quels enjeux, quelles coopérations possibles ?

Danièle Estève

Médecin du travail, association santé au travail, AHI 33, Bordeaux

Stéphane San Millan

Ergonome, association santé au travail, AHI 33, Bordeaux

Lucie Nouviale, Aurélie Tondoux

Ergonomes

Je m'appelle Danièle Estève, médecin du travail, et je vais commencer la communication sur l'ergonomie et la santé au travail au travers des enjeux et des coopérations possibles.

Nous avons pensé présenter les évolutions réglementaires de la médecine du travail pour arriver à la pluridisciplinarité, mais je pense que M. Brahim Mohammed-Brahim l'a fait de façon relativement étoffée le premier jour.

Pour rappel, la médecine du travail est issue de la médecine légale et militaire. Le texte de 1946 donnait la priorité au dépistage avec la notion d'aptitude.

1. Positionnement et choix de l'AHI

1.1. Présentation de l'association AHI

L'AHI 33 Santé en Entreprise est un service de santé au travail qui est une association loi 1901. Elle comporte 160 salariés et 85 médecins équivalents temps plein répartis sur 11 centres.

Elle compte 22 300 entreprises et l'ensemble des médecins surveille 220 000 salariés.

Dans cette association, 83 % des entreprises adhérentes ont un effectif de moins de 10 salariés. Cela ne veut pas forcément dire que ceux sont toutes des TPE (Très Petites Entreprises), parce que certains établissements de moins de 10 salariés font partie d'un groupe.

L'AHI a passé des conventions avec des institutionnels, qui sont l'OPPBTP, les CRAM. Il y a également des collaborations avec l'IUT Hygiène Sécurité Environnement de Bordeaux et avec le Laboratoire d'Ergonomie des Systèmes Complexes de l'Université de Bordeaux 2 au travers de stages et d'interventions. C'est pour nous parler de l'une de ces interventions qu'Aurélie Tondoux et Lucie Nouviale sont présentes dans cette communication.

L'AHI s'est positionnée aussi en développant des compétences internes. Il y a eu un ergonome embauché le 1er Janvier 2004, un médecin toxicologue à temps complet depuis

le 1er Janvier 2005, une technicienne en métrologie. L'AHI pense recruter un deuxième ergonome dans le courant de l'année.

L'AHI a développé également un site Internet, surtout pour l'évaluation des risques professionnels.

1.2. Les principes de coopération médecin / ergonome

La direction de l'association s'est positionnée dès le début, les deux métiers doivent garder leur indépendance professionnelle.

Les modes de relation, de coopération et de complémentarité respectent les compétences de chacun. Il y a absence de lien de subordination. Stéphane San Millan, ergonome de l'AHI, nous explique comment un groupe de travail a défini le poste d'ergonome au sein de l'AHI. L'indépendance professionnelle était un élément prioritaire.

Les demandes initiales sont transmises par le médecin du travail, celui-ci reste au coeur du dispositif.

1.3. Les interventions

Les champs d'intervention sont très variés : prévention des risques professionnels, TMS, évaluation des risques ...

Mais la priorité est donnée au maintien dans l'emploi surtout pour les salariés non reconnus COTOREP et qui ne peuvent pas bénéficier de l'aide des AGEFIPH.

Nous avons beaucoup évoqué ce problème de maintien dans l'emploi, à quel moment devons nous intervenir : au moment de la détermination de l'aptitude ou antérieurement, dès qu'une inaptitude semble se profiler. Cela fait encore un débat au sein de l'AHI.

La durée d'intervention doit être limitée et ne peut excéder 8 jours, du fait du grand nombre d'entreprises adhérentes, nous voulions donner la priorité aux TPE et aux PME.

On revient à ce que j'ai entendu hier sur la notion de diagnostic court, l'intérêt, les inconvénients, *etc.*

Les interventions sont financées par une mutualisation des cotisations qui sont versées à l'AHI. Jusqu'à présent il n'y a pas de cotisations supplémentaires.

2. Les enjeux

2.1. Les enjeux pour l'association AHI

L'association est un service interentreprises qui s'appelle maintenant Service de Santé au Travail (SST). Elle a des enjeux dans cette pluridisciplinarité. Il s'agit de réussir ces mutations organisationnelles qui sont liées aux évolutions réglementaires.

Le défi, pour les années à venir, est d'améliorer l'offre de prévention dans les entreprises, de faire évoluer les représentations de l'entreprise au regard de la santé au travail. C'est également pouvoir pérenniser l'offre de santé au travail au sein des SST, et non pas voir éclater la santé au travail au sein d'organismes ou d'intervenants différents.

2.2. Les enjeux pour les pratiques de métiers du médecin du travail

Je vais maintenant parler des enjeux pour la pratique des métiers du point de vue du médecin du travail.

– Le médecin du travail dans sa pratique quotidienne

Dans un premier temps, je parlerai du métier de médecin du travail.

Il y a une très grande variabilité dans la fonction du médecin du travail en rapport avec l'exercice en service autonome, en service inter-entreprise, si on a en charge de très petites entreprises, TPE et PME, ou de plus grosses structures.

La nouvelle réglementation, mise en place depuis janvier 2005, fixe des plafonds. Les plafonds maximums correspondent à 3300 salariés surveillés par an, 3200 visites, 450 entreprises ceci pour vous donner une idée de la charge de travail d'un médecin.

Depuis cette réforme de juillet 2004, une priorité est donnée aux actions en milieu de travail. Du début des années 70 jusqu'à nos jours, ces actions étaient appelées « le tiers temps du médecin du travail ». Auparavant elles existaient déjà sous le terme de visites d'entreprises.

Depuis janvier 2005, 150 vacations d'une demi-journée sont consacrées en « actions en milieu de travail ».

On ne visite malgré tout pas beaucoup d'entreprises. Je suis médecin déléguée d'un secteur géographique et donc en charge de faire les rapports de secteurs d'activité. J'ai regardé le nombre de visites faites par les médecins du secteur, le nombre de salariés surveillés, le nombre de convocations données en visites médicales. Sur 6 médecins, la moyenne est de 2 980 salariés et de 226 entreprises par médecin en 2004.

Pour ces 2 980 salariés visités, nous avons donné en moyenne entre 3 800 et 4 000 convocations, c'est-à-dire qu'il y a quasiment un tiers du temps qui est perdu en convocations données et où l'on ne fait ni visites médicales, ni actions en milieu de travail. Il reste alors peu de temps pour réaliser ces dernières.

En moyenne, chaque médecin ne peut guère se consacrer à plus de 50 entreprises par an, si l'on veut faire un travail de fond. Evidemment, vous aurez toujours des employeurs qui diront : « on ne connaît pas le médecin du travail, il n'a pas le temps de venir nous voir », *etc.*

2.3. Nos forces et nos faiblesses

La force du médecin du travail est qu'il reste, avec les textes, au centre du dispositif de santé. Et c'est vrai qu'il aimerait bien le rester.

La surveillance médicale de tous les salariés et de toutes les entreprises fait qu'on arrive à récolter une quantité d'informations et qu'on a une approche des salariés dans une dimension globale.

Une première faiblesse est la formation. Notre formation initiale est basée sur le médical, le dépistage, le traitement. Passer du dépistage en matière de santé à la prévention des risques professionnels n'est pas chose facile, nous n'avons pas de méthodologie pour « l'action sur le terrain ». C'est pour cela que nous avons besoin de ces acteurs différents et en particulier des ergonomes.

La prise en compte de la situation économique de l'entreprise est une force et une faiblesse. Lorsque l'on est jeune médecin, on ne veut pas la prendre en compte, on ne veut pas faire de consensus. Finalement, notre positionnement peut être difficile quand nous restons sur des avis et des contraintes pour l'entreprise, purement médicales. Nous sommes obligés, avec le temps, de faire des compromis.

2.4. Le défi de la pluridisciplinarité

L'enjeu de la pluridisciplinarité est, en particulier avec l'ergonomie, le passage de la dimension individuelle (colloque singulier du médecin) à la dimension collective. On reçoit une « foule » d'informations, des confidences (nous sommes tenus au secret médical). Pouvoir faire valider par l'ergonome tout ce que l'on a pu entendre et voir très rapidement sur le « terrain » est particulièrement important pour faire progresser la prévention.

Un autre défi est d'avoir accès au travail réel. Quand nous rédigeons les fiches d'aptitude, il est vrai que nous basons souvent sur le travail prescrit et non pas sur le travail réel puisque nous n'avons pas le temps de passer 8 jours pour savoir si une personne est apte à un poste ou pas.

Le défi est aussi de dépasser le stade du dépistage pour passer à l'action, avec l'aide de l'ergonome.

2.5. Les enjeux pour le système de santé au travail

Stéphane San Millan

Je vais vous présenter les enjeux pour le système de santé au travail.

Entre les évolutions au niveau européen et les différents rapports concernant le système de santé en France (Igass, enquête Summer, *etc.*), les pouvoirs publics ont décidés de s'impliquer davantage dans l'organisation et le contrôle de la santé au travail.

En effet, suite à l'histoire de l'amiante, l'arrêté du Conseil d'Etat du 3 Mars 2004 reconnaît la responsabilité de l'Etat pour carence fautive. Cet arrêté a peut-être activé l'apparition du décret sur la réforme de la médecine du travail de Juillet 2004.

Un des enjeux de ce texte était de passer d'un concept de médecine du travail à celui de santé au travail. Tout d'abord, par la mise en place de la pluridisciplinarité et la conjonction de compétences médicales, techniques et organisationnelles. Ensuite, et cela constitue une nouveauté, le plan Santé - Travail 2005-2009 inscrit clairement la santé comme une priorité de santé publique. Enfin, des liens sont activés avec l'INVS, l'Institut National de Veille Sanitaire.

Il y a donc une volonté affichée de l'Etat de s'impliquer dans les questions de la santé au travail.

Dans les cinq ans à venir, il va y avoir 50 % des médecins du travail qui seront partis à la retraite. Cette année, le numerus clausus n'a ouvert que dix postes de médecin du travail, ce qui constitue la plus grande baisse de spécialité.

2.6. Les enjeux pour l'entreprise

Les enjeux pour l'entreprise se situent à différents niveaux.

Tout d'abord, un point de vue qui n'engage que moi, c'est de voir la santé des salariés comme un élément de développement durable de la santé de l'entreprise. Grâce à l'intervention, il s'agit de montrer aux acteurs décisionnels qu'il n'est pas pertinent d'opposer santé et efficacité, et que l'on défend le point de vue du travail, comme nous l'a appris, entre autres, Jacques Duraffourg.

Ensuite, et cela me tient particulièrement à cœur dans mon poste, c'est de donner aux TPE et aux PME l'accès à l'ergonomie.

Il y a également des changements de représentation en jeu. Pour l'employeur, c'est avoir une autre vision de ce que peut lui apporter sa cotisation au service de santé au travail, et la possibilité de nous rappeler après une première intervention, comme par exemple, dans le cadre d'un projet. C'est le cas actuellement pour une intervention de l'AHI. Pour les salariés, qui associent la plupart du temps la santé au travail à la visite, c'est de passer d'un diagnostic « apte à » un individu apte à aller dans une situation à un diagnostic qui est plutôt de l'ordre : est-ce que la situation est apte à faire travailler la personne dans des conditions qui ne vont pas altérer sa santé ?

Enfin, lorsque le salarié ira à la consultation, elle sera enrichie de la connaissance du travail réel que le médecin aura acquise sur le terrain en présence du salarié.

2.7. Les enjeux pour les pratiques de métiers de l'ergome

Au départ, l'enjeu va être déterminé par le positionnement que le service va donner à l'ergome. On voit qu'il y a des différences entre les IPRP ergonomes. Ce positionnement va déterminer les pratiques, les « postures » comme nous dirait Frédérique Guillon.

3. Les coopérations

Travailler ensemble, c'est aller à la rencontre de l'autre. Quand je suis arrivé à l'AHI, qui possède onze centres dans toute la CUB (communauté urbaine de Bordeaux), je suis allé vers eux.

Travailler ensemble, c'est partager des valeurs, voire une part de déontologie commune.

C'est également se faire confiance et accepter de faire évoluer sa pratique. En ce qui me concerne, mes analyses du travail étaient trop axées sur le volet subjectif. Au contact des médecins qui sont des scientifiques, j'ai commencé à quantifier un certain nombre de choses, ce que je ne faisais pas avant. D'autant plus que les acteurs décisionnels dans les entreprises appréhendent ces dimensions bien mieux que des analyses trop subjectives.

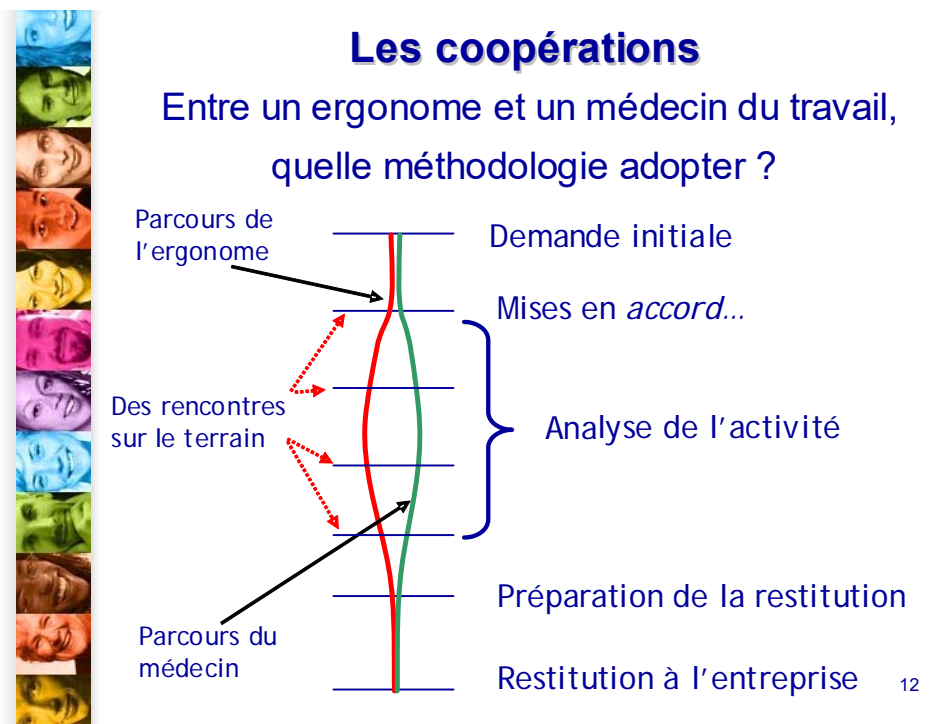
« Se confronter, c'est tomber d'accord, c'est une condition fondamentale de la coopération, *a fortiori* de la coproduction » écrit François Hubault dans le livre « Le métier d'ergome ». Un passage au titre évocateur qui s'intitule « Impossible de s'entendre si on renonce à danser ensemble ».

Travailler ensemble, c'est danser ensemble c'est-à-dire qu'il va falloir que l'on fasse quelque chose ensemble, que l'on ne sait pas comment l'autre va bouger son corps mais

qu'il ne faut pas lui marcher sur les pieds. Et cela ne servira à rien de dire qu'il danse mal, car lui peut dire la même chose de nous. Surtout si les cours n'ont pas été pris au même endroit.

3.1. Entre un ergonome et un médecin du travail, quelle méthodologie adopter ?

Par rapport aux coopérations, je vais vous présenter la méthodologie de l'AHI.



3.2. La pré analyse de la demande

Lorsque le médecin nous fournit une demande initiale, on va à sa rencontre avant d'aller dans l'entreprise : c'est la pré analyse de la demande. Le médecin est le premier demandeur. Il va falloir le transformer en allié avant d'aller rencontrer l'employeur qui est le demandeur au sens ergonomique du terme.

Ces discussions sont importantes à la compréhension de la pratique singulière des médecins du travail et de leur positionnement dans l'entreprise. Le risque de cette étape est de rater cette rencontre, et de ne pas réussir à définir ensemble les actions communes tout en tenant compte des règles de métiers respectives.

Cette étape sert également à récupérer les premières informations sur l'entreprise. Les médecins ont beaucoup à nous apporter car ils en ont une connaissance riche, surtout s'ils la suivent depuis un certain temps.

Enfin, elle permet d'éviter de se retrouver en désaccord devant l'employeur, où d'être obligé de faire des compromis trop « coûteux »...

3.3. L'analyse de l'activité

L'analyse de l'activité est essentiellement réalisée par l'ergonome. Mais il y a des rencontres sur le terrain puisqu'il y a une volonté de réaliser un travail d'équipe avec les médecins. Certains ne viennent que deux ou trois fois, d'autres sont autant présents que l'ergonome.

3.4. La restitution

Plus l'intervention sera menée dans un esprit de travail en équipe, de binôme, plus les médecins seront partie prenante dans la construction de la restitution. D'ailleurs, certains la construisent entièrement avec moi, ensuite la restitution dans l'entreprise se fait par le binôme.

Conclusion

Pour le service de santé au travail, le client ce n'est pas le patron, ni les délégués syndicaux mais c'est l'entreprise, c'est-à-dire à la fois l'employeur et les salariés.

Travailler avec un médecin permet de faire durer les effets de l'intervention sur le long terme car il peut faire vivre les pistes d'améliorations.

« Have I really made the difference ? » se questionnait Peter Buckle aux journées de Bordeaux en 2002. C'est également souvent notre interrogation.

4. La coopération avec des ergonomes en formation ...

Lucie Nouviale

Je vais vous présenter une collaboration avec un médecin du travail et des ergonomes en formation au Master d'ergonomie de Bordeaux 2, Aurélie Tondoux et moi-même, Lucie Nouviale.

Cette collaboration s'est déroulée dans le cadre d'une intervention qui a duré six mois, en alternance selon le mode de fonctionnement du LESC, laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes.

Nous avons signé une convention de stage avec l'AHI, ce qui signifiait de travailler avec le médecin du travail de l'entreprise dans laquelle nous allions intervenir, en l'occurrence le Docteur Estève.

La demande émanait du directeur qui l'avait transmise au médecin du travail. Elle nous demandait de mettre en place une solution sans faire référence à l'origine du problème.

Lors de la préparation de notre présentation à l'entreprise, et de la réalisation d'une plaquette pour le CHSCT, nous avons confronté nos points de vue avec le médecin du travail. Au début, nous croyions que notre désaccord portait uniquement sur des mots. Mais en fait il s'agissait d'une question de fond : qu'est-ce qu'un ergonome, quelle est sa démarche, pourquoi analyse-t-il la demande ?

Alors que le médecin était pour la mise en place de la solution préconisée par l'employeur, nous avons dû discuter de longues heures au téléphone, en réunion, pour faire valoir notre point de vue, notamment l'importance de la reformulation de la demande.

Finalement nous avons trouvé un accord : chacun reste libre de sa démarche dans son domaine de compétence.

À partir de ce moment, nous avons pu construire un vrai travail de coopération avec un rapport de confiance. Il n'y avait aucune censure lors de nos discussions sur l'avancée de l'intervention. On pouvait dire ce que l'on pensait, ce que l'on voyait et cela nous a permis d'être particulièrement constructif.

Au fur et à mesure, le médecin s'est approprié notre travail et on a réfléchi ensemble à la stratégie de l'intervention. À tel point que lorsqu'on présentait notre travail à la direction de l'entreprise, au CHSCT, il n'était pas rare que le médecin négocie avec nos arguments. Ainsi on était devenues alliées dans l'intervention ce qui nous a permis d'avoir plus de poids, d'être plus crédibles, plus convaincantes.

Au départ, on appréhendait sur la manière de travailler avec un médecin du travail, sûrement à cause de notre méconnaissance et de nos représentations du métier de l'autre.

Mais cela a été un atout pour notre intervention, également pour notre formation, car on a su comprendre le rôle de chacun et tirer partie de notre complémentarité.

Conclusion

Il faut prendre le temps d'échanger, de se comprendre dans nos pratiques et concepts respectifs.

La prévention, jusqu'ici à la charge d'une approche médicale, va-t-elle progresser grâce aux compétences techniques et / ou organisationnelles que les ergonomes mettent en œuvre ?

Débats

Christian Martin rappelle que c'est un lieu de débat dans le respect des positions de chacun, et que l'on peut dialoguer avec les intervenants et dans la salle.

Comment améliorer l'offre de prévention du système de santé au travail en prenant en compte le très grand nombre d'adhérents, l'emploi du temps surchargé des médecins du travail et la présence d'un seul ergonome ?

Avec les décrets récents, cette offre de prévention est en cours de construction. A cet effet, l'embauche d'un second ergonome est prévue cette année à l'AHI. Il y a deux enjeux majeurs pour le système de santé au travail. D'une part, un enjeu organisationnel et méthodologique pour apprendre à faire travailler ensemble ces deux métiers. Ce que Monsieur Dagnaud, directeur de l'AHI, appelle les mariages. D'autre part, un enjeu financier car les employeurs vont payer la même cotisation alors qu'un certain nombre de salariés ne sera vu que tous les deux ans. Seuls les salariés en SMR (surveillance médicale renforcée) seront consultés annuellement. On ne connaît pas encore la réaction des entreprises qui ont en charge le choix des salariés SMR : souhaiteront-ils voir le médecin du travail le moins possible, ou au contraire, voudront-ils continuer à le voir annuellement pour l'ensemble des salariés puisque les cotisations restent inchangées ?

Comment se fait la coopération entre le binôme ergonome médecin du travail et les autres acteurs de l'entreprise ? Comment se positionnent les médecins du travail par rapport à la santé au travail et l'efficacité ?

Le médecin du travail et l'ergonome travaillent ensemble lors de l'analyse de la demande et de la restitution. Ils se séparent un peu au moment du terrain. Mais il faut que le médecin s'implique suffisamment dans l'intervention pour que le binôme soit en phase lors de la restitution, pour qu'il ait la même représentation des situations de travail.

La question santé efficacité est une notion difficile à aborder en tant que médecin. Au départ, en tant que jeune médecin du travail, j'avais une vision uniquement santé dans mes propositions et avis. Peu importait la santé économique de l'entreprise et ses possibilités d'agir. Au fil du temps, j'ai pris conscience qu'il fallait intégrer ces éléments. Autrement, notre positionnement devient difficile. Et c'est sûrement pour cela que les médecins ne sont pas très bien vus dans l'entreprise. Donc, avec l'expérience, on fait des consensus. On perd un petit peu en matière de santé, on gagne un peu en efficacité. D'un autre côté, l'histoire de l'amiante nous a perturbé. On aurait trop vu l'aspect économique et pas assez celui de la santé. Actuellement les médecins du travail se cherchent dans ce domaine.

Est-ce que la collaboration médecin/ergonome se fera uniquement en interne au sein des services de santé au travail ? Quelle sera la place des consultants externes et des institutionnels ? Est-ce que ce marché de la santé au travail va leur échapper ?

Le positionnement de l'AHI, c'est de multiplier les collaborations aussi bien à l'extérieur, il y a des conventions avec des institutionnels comme l'ARACT, qu'à l'intérieur. Car il faut avoir un réseau interne, avec des compétences différentes et disponibles rapidement, afin de pouvoir agir efficacement et d'être plus réactif dans les situations d'urgence. Or, les conventions passées avec les ARACT, les CRAM se basent sur des objectifs, des projets qui ne répondent pas toujours à ces besoins particuliers. D'autre part, l'AHI a positionné les interventions en priorité sur les TPE c'est-à-dire les entreprises de moins de 50 personnes et donc sans CHSCT. Pour information, 83 % des entreprises ont moins de 10 salariés et ne peuvent pas se payer les services d'un ergonome. C'est donc un moyen de donner l'accès à l'ergonomie pour les salariés des TPE. Pour les entreprises de moyenne importance, la durée de l'intervention est limitée. Ensuite, selon le positionnement de l'entreprise, l'AHI la dirige vers les consultants. L'AHI a donc essayé de maintenir un équilibre entre tous les partenaires.

Certains modes de fonctionnements de la médecine du travail sont sujets à réflexion.

Historiquement les représentations partagées étaient que les cotisations versées par les entreprises à certains services de santé au travail correspondaient à une forme de « paiement à l'acte ». Elles répondaient à un examen médical annuel, mais l'entreprise ne payait pas plus si, par exemple, le salarié était vu trois fois ou plus dans l'année...

Les examens annuels étaient un objectif à atteindre pour le médecin du travail. Par contre, le nombre d'entreprises visitées ne faisait pas l'objet d'un minimum. C'est sur le nombre d'examen et non de visites d'entreprises que le travail du médecin était évalué.

La question de la temporalité est soulevée. Un directeur d'entreprise et un médecin du travail ne raisonnent pas dans la même échelle de temps. Pour un directeur qui voit passer un nouveau projet tous les mois, les effets pathogènes de certains toxiques qui se déclencheront dans une trentaine d'années ne sont pas significatifs dans son référentiel de temps.

Un dernier point concerne la « gratuité » des interventions. Lorsque les interventions sont financées par des institutions comme l'ARACT ou par les cotisations au service de santé au travail, se pose la question de l'engagement de l'entreprise. Parfois, le paiement de l'intervention participe à la garantie d'une volonté de l'entreprise.