

De l'angoisse à la méthode ou le nécessaire équilibre entre nature et fonction pour l'ergonome en service de santé au travail

Olivier Lhospital

Ergonome chargé de prévention

Isabelle Bidegain

Médecin du travail,

Caroline Mange

Médecin du travail

à l'ASMT de Tarbes

Je me sens humble ce matin de vous adresser la parole après les témoignages des personnes qui sont intervenues jusqu'ici : des consultants, des ergonomes internes, dans de grandes villes, de grandes entreprises... Alors qu'est-ce qu'un ergonome du fin fond de la Bigorre peut venir vous apporter aujourd'hui ? Nous allons essayer de répondre à cette question.

D'abord, je remercie l'équipe organisatrice qui nous permet de nous exprimer ce matin. Nous apportons un témoignage terrain et il n'y a aucune ambition scientifique dans cette présentation. C'est aussi un témoignage singulier, représentatif de notre service. Tous les services de santé au travail sont singuliers, il n'y en a pas deux pareils. Nos médecins du travail sont eux aussi singuliers. Deux d'entre eux sont venus avec moi ce matin pour témoigner de la pratique de l'ergonomie en santé au travail : un médecin qui exerçait avant la réforme de la médecine, et un médecin qui est arrivé avec cette même réforme. L'apport des deux témoignages autorise des points de vue complémentaires.

1. Présentation du service

Sur les Hautes Pyrénées, il existe deux services de santé au travail, dont le service dont nous sommes originaires, l'ASMT 65. La compétence géographique du service s'étend du nord du département, recouvre la moitié de Tarbes et englobe finalement le canton de Lourdes. Un deuxième service de santé au travail (SIST) s'occupe du reste du département. Notre service ne s'occupe pas des métiers de montagne, du bâtiment et de l'agriculture.

Le service est composé d'une équipe médicale de 15 médecins et de 14 secrétaires médicales, d'un service de prévention composé de deux chargés de prévention dont un ergonome et un technicien hygiène et sécurité, une équipe administrative, deux centres (un à Tarbes et un à Lourdes), deux camions qui se déplacent dans les cantons et de plusieurs cabinets médicaux en entreprises pour les médecins.

Nous avons en charge 4 000 entreprises, dont 84% de TPE. Et nous avons en charge la surveillance de 32 000 salariés. Notre domaine d'intervention et notre environnement économique sont représentés notamment par deux fonctions publiques territoriales, une

plateforme téléphonique, d'entreprises d'agroalimentaire, de la grande distribution, de l'aide à domicile, des agences de travail temporaires, le sanctuaire de Lourdes, une entreprise de l'industrie de l'électroménager et un atelier de travail protégé. Nous intervenons donc surtout dans les services et un petit peu moins dans l'industrie, bien que cela arrive régulièrement.

1.1. Pourquoi un ergonome dans un service de santé au travail ?

La présence d'un ergonome dans le service de santé et de médecine au travail fait suite à une obligation réglementaire de travailler en pluridisciplinarité. Le service s'est vu imposer cette orientation. Malgré l'obligation, le service a eu le choix de choisir les compétences : les médecins ont choisi de recruter un ergonome. Avant son arrivée, il y avait deux techniciens en hygiène et sécurité, dont un depuis 12 ans. Durant tout ce temps, il a mis en place une collaboration avec les médecins. C'était une volonté de certains médecins d'intégrer un ergonome dans le service. En effet, les relations se construisent tout au long des années. Et aujourd'hui, j'arrive à travailler avec tous les médecins du service.

1.2. Quelles missions à l'ASMT 65 ?

Il s'agit de missions que je peux recevoir en tant qu'ergonome de la part des médecins : des études de postes liées aux TMS, des restructurations d'unités de production, des études de poste pour du maintien dans l'emploi, des plans de circulations, des évaluations pour des postes à écran de visualisation, des interventions sur le bruit, sur les ambiances thermiques notamment, de l'assistance à l'évaluation des risques professionnels, de la réalisation des évaluations avec les TPE notamment, des interventions pour la prévention des risques psychosociaux, des aménagements de bureaux, de locaux, d'assistance à la réalisation de cahier des charges, du conseil en organisation du travail, des études de postes pour un programme auquel nous participons (qui est un programme de rééducation fonctionnelle du rachis en collaboration avec le Centre de Rééducation Fonctionnelle de Bagnères-de-Bigorre), et de deux activités qui se développent qui sont : l'organisation des journées de l'intégration de l'ergonomie au poste de travail et la participation aux plans d'actions collectifs.

Ces plans d'actions collectifs (PAC) sont des actions menées en commun entre médecins du travail et IPRP sur des risques relatifs à des domaines différents. Nous avons menés des PAC sur des pressings, les coiffeurs, la poussière de bois. Nous allons en mettre en place sur les garages, les risques ionisants et sur les risques psychosociaux au niveau des banques. Nous essayons de les mutualiser au niveau de la région Midi-Pyrénées notamment sur un PAC particulier qui concerne les conditions de travail pour les salariés d'agences de travail temporaire.

De plus, nous essayons de développer l'organisation des journées d'intégration de l'ergonomie au poste de travail. C'est une entreprise nouvelle commencée en novembre dernier. Cela consiste à réunir des directeurs d'entreprises, des directeurs industriels, des directeurs de méthodes, des directeurs de ressources humaines pour les sensibiliser à l'ergonomie. C'est à leur demande : j'ai rencontré le directeur industriel d'ALSTOM de Tarbes intéressé de savoir ce que les autres industriels du département pouvaient faire en ergonomie. Nous avons donc organisé ces journées. Nous y invitons des entreprises qui viennent témoigner de leur pratique de l'ergonomie du point de vue des décideurs. Mon intérêt n'est pas de faire venir des ergonomes ou des préventeurs en risques professionnels. Il n'y a aucun intérêt à solliciter des professionnels sensibilisés aux problématiques de

l'ergonomie. Ce qui est intéressant, c'est de faire réfléchir ces décideurs sur les bienfaits des pratiques de l'ergonomie dans leur entreprise.

2. Construction de la demande

Le médecin de travail, à travers les visites médicales (en rencontre singulière) ou au niveau des CHSCT, nous demande une mission. Nous appelons ceci une demande, en fait, c'est plus une intention puisque la demande se construit en suivant avec l'entreprise. Mais cette demande peut aussi arriver directement de l'entreprise puisque maintenant les entreprises commencent à connaître nos compétences. Elles viennent directement vers nous sans passer par le médecin. Quand nous recevons une telle demande, nous la renvoyons vers le médecin puisque notre but c'est de construire cette équipe pluridisciplinaire et de pouvoir travailler en toute transparence les uns avec les autres.

Le déroulement de l'intervention avec le médecin

La demande arrive par le médecin du travail, puis nous rencontrons ensemble l'entreprise. Nous travaillons sur la demande mais surtout sur les modalités d'intervention. Nous faisons une intervention en entreprise avec ou sans le médecin du travail sur des questions techniques où chacun prend conscience de ses compétences. Je rédige le rapport, puis je le présente au médecin du travail et nous le discutons ensemble, nous le critiquons ensemble et nous allons le présenter ensemble à l'entreprise.

3. Pourquoi l'angoisse ?

Avec une organisation relativement bien mise en place et adoptée par tous les acteurs, pourquoi de l'angoisse peut-elle apparaître dans ma pratique ? Peut-être parce que je suis un jeune ergonomiste : je n'ai qu'une expérience de 4 ans (dans certaine structure, au bout de 2 ans d'expérience, l'ergonomiste n'est plus considéré comme débutant). Il me semble que sur 40 ans de carrière, 4 ans ce n'est que le début. C'est une première pratique de l'ergonomie en santé au travail. Je n'ai pas eu d'expérience ailleurs de l'ergonomie. Je ne sais pas ce que c'est que d'exercer dans un cabinet de consultant, comme ergonomiste interne en entreprise. Les médecins du travail du service n'ont jamais travaillé avec des ergonomistes en interne. Ils arrivaient avec une représentation très personnelle du métier d'ergonomiste et de l'ergonomie. Nous avons dû travailler sur cette représentation. Les médecins du travail se sont vus obligés de travailler avec les IPRP. Cela peut expliquer un positionnement angoissant au départ. Angoisse partagée autant par l'ergonomiste que par le médecin du travail.

Pour continuer avec cette angoisse, c'est la construction de mon apprentissage et ma pratique de l'ergonomie, au jour le jour, sans avoir personne pour lire cette pratique et m'en faire un retour. Les missions qui me sont confiées, est-ce de l'ergonomie ? C'est une question importante. Et le fait d'avoir un collègue qui soit technicien en hygiène et sécurité me permet d'avoir un retour sur les demandes qui nous sont faites. Nous en discutons et nous voyons le domaine de compétences de chacun. En fin de mission, je me demande : ai-je fait de l'ergonomie ? Et quelle adéquation entre mes apprentissages académiques et ma pratique de terrain ? Ce sont les questions que je me pose et qui participent à mon angoisse. Qui peut me dire que j'ai fait de l'ergonomie, puisque que je suis le seul ergonomiste du service ?

Mais pour pallier à ces questions, nous pouvons utiliser un petit peu de méthode. Donc je travaille la structuration de la phase de demande. Et nous sommes passés d'une tradition orale où les médecins arrivaient dans le bureau : « il faut que tu me fasses ça pour dans 48 heures », à une demande écrite. L'angoisse s'estompe en pratiquant ainsi car nous pouvons discuter à travers ce document écrit.

De plus, à plusieurs reprises, lors de réunions de service du service de santé de Tarbes, j'ai eu l'occasion de présenter à l'ensemble des médecins du travail, ce qu'est l'ergonomie et comment se développe une démarche en ergonomie. C'est une pratique qui n'est pas celle du médecin. Aussi, je suis passé par le colloque singulier avec certains médecins du travail qui avaient parfois des difficultés à comprendre ce que je faisais dans l'entreprise, qui ne comprenaient pas forcément les réponses que je pouvais apporter à l'entreprise, et surtout les solutions, pourquoi en 15 jours le projet n'était pas réglé.

Ce qui m'aide aussi à transformer mon angoisse en plaisir au travail, c'est la formation continue : des apprentissages et des retours d'expériences tel qu'on peut le vivre aux journées de Bordeaux, de pouvoir se rencontrer pour parler et que je puisse voir que je ne suis pas le seul angoissé dans la communauté des ergonomes me rassure quelque peu.

Quant à une participation plus active des médecins du travail dans les projets, c'est à moi de les intéresser à la pratique de l'ergonomie, de trouver des opportunités au cours desquelles ils peuvent intervenir dans les projets. La réduction de l'angoisse passe aussi par la construction de projets communs en pluridisciplinarité, par le fait de pouvoir parler ensemble autour d'un sujet, dont les plans d'actions collectifs dont on parlait tout à l'heure. Pouvoir en parler, avoir la complémentarité des regards sur les situations est très intéressant, cela participe à la construction de la pratique autant du médecin que de l'ergonome. La participation aux journées de service permet aussi de présenter nos actions, de parler régulièrement de ce que nous faisons.

Je finis cette question sur la méthode en citant ce que m'a dit une opératrice il n'y a pas très longtemps : « tant que l'on ne dit pas ce que l'on fait, on ne peut pas dire qui l'on est ». Si je l'avais rencontrée quand je suis entré dans le service, cela m'aurait bien aidé ! En effet, peut-être aurais-je davantage parlé de mon action en entreprise aux médecins, du point de vue méthodologique au moins. Donc le nécessaire équilibre entre ma nature et ma fonction, c'est que ma nature est d'être ergonome. Il y a des ergonomes, des pairs qui m'ont dit un jour : « tu as la qualification d'être ergonome, on te signe ton diplôme, tu es ergonome ». C'est le départ, c'est ma nature, je me considère comme ergonome. Et ma fonction dans le service de santé au travail, c'est d'être chargé de prévention. Alors quels ajustements sont à accomplir entre les deux ? Il me semble qu'une partie, dans la relation, dans cet équilibre, d'éléments d'ergonomie non déployés dans le contexte actuel, que je n'ai pas encore déployés par ma pratique et que je suis encore en train de faire des apprentissages en santé-sécurité au travail. Il me semble que cet équilibre sera atteint lorsque ce décalage sera réduit. Comment le réduire ? Peut-être par l'arrivée de nouveaux techniciens hygiène et sécurité dans le service, car ainsi cela va me permettre de me consacrer d'avantage à ma nature d'ergonome et de faire sortir davantage cette fonction d'ergonome en santé au travail.

Je laisse maintenant la parole au Dr Bidegain, et je la reprendrai pour la conclusion.

4. L'apport de l'ergonome dans un service de santé au travail : retour d'expérience de deux médecins du travail

Merci Olivier, et je vais vous rassurer : après près de 30 ans de pratique, l'angoisse est toujours là, et donc vous ne vous en départirez pas aussi facilement que vous le pensiez !

Alors avec ma consoeur Caroline Mange, nous avons préparé une petite intervention. Nous sommes ravies d'être là, nous avons l'impression d'être un peu seules, mais nous allons essayer de faire le maximum pour être à la hauteur de cette assemblée.

Pour nous en médecine du travail, il y a eu une révolution qui est la loi de modernisation sociale de 2002 qui a changé notre vie dans la mesure où notre service dit « de médecine du travail » qui était un truc un peu préhistorique qui datait de la fin deuxième guerre mondiale est devenu un service de santé au travail. Et tout d'un coup, on nous a dit qu'il fallait travailler avec des intervenants en prévention des risques professionnels. Mais nous avons pris un peu de l'avance dans ce domaine là, puisque cela faisait une dizaine d'année que nous travaillions déjà avec des techniciens de prévention. Et nous sommes passés d'une prévention individuelle à une prévention plus collective. C'est-à-dire qu'on nous a dit que les visites de médecine du travail (certains nous appelaient des pipilogues parce qu'on faisait des analyses d'urine !) n'étaient plus tous les ans, vous pouvez les faire tous les deux ans, vous pouvez même traîner un peu et aller sur le terrain dans des entreprises pour faire de la prévention. Nous avons déjà impulsé cela, il y a 5/6 ans avant la réforme, et donc nous avons été ravis d'être confortés dans cette idée là. Maintenant, les services de santé au travail sont évalués sur leurs compétences dans les actions qu'ils mènent en milieu de travail et non plus sur le nombre de visites médicales. Nous passons du quantitatif au qualitatif, et cela nous change la vie !

Pour illustrer comment on travaille avec l'ergonome, nous avons sélectionné trois cas pratiques. Le premier est un exemple d'ergonomie telle que nous la pratiquons il y a une dizaine d'année : c'est souvent à l'occasion d'une désadaptation d'un poste de travail d'un salarié à propos d'une pathologie chronique ou d'un vieillissement que nous sollicitons notre ergonome dans le but de maintenir cette personne dans l'emploi. Nous allons échanger et essayer de construire une solution qui sera une adaptation du poste et donc de présenter des préconisations à l'entreprise. Avant la réforme comment cela se passait ? Nous essayions de gérer, et puis ce que nous faisons souvent, c'était de donner des restrictions, qui n'étaient pas appliquées mais cela nous soulageait. Nous disions : « manutentionnaire apte sous réserve de ne pas porter de charges ». Et c'est vrai que pour le médecin du travail, cela soulage beaucoup!. Alors les solutions techniques étaient peu fréquentes et la vision souvent parcellaire, je vous l'avoue.

Que se passe-t-il depuis la réforme ? Cela va mieux. Déjà nous avons mis en place une méthode dans la demande d'intervention. Nous sommes obligés, de formuler par écrit notre demande, ce qui nous permet quand même de mettre un peu de clarté dans notre pensée. Parce que c'est vrai que nous sollicitons beaucoup, mais nous ne sommes pas très clairs dans nos sollicitations. Maintenant, nous allons vers des solutions plus globales et qui donnent plus de résultats. Nous travaillons avec plus de rigueur, qui n'est pas notre qualité principale à nous, les médecins. Nous travaillons en équipe, et c'est vrai que nous sommes très individualistes. Nous échangeons, nous nous confrontons et donc nous avançons, nous sortons enrichis de cette expérience-là.

Nous avons essayé de construire d'autres façons de travailler ensemble. Je vous présente un autre cas, nous sommes partis d'un constat : nous avons beaucoup de salariés vieillissants avec des lombalgies chroniques, qui ont épuisé toutes les possibilités de la médecine. Nous sommes près de Lourdes mais ce n'est pas mieux qu'ailleurs, ils ont toujours mal au dos ! Et pour nous c'est vraiment un problème. Nous les voyons régulièrement, ils sont toujours dans la plainte. S'ils vont vraiment mal, nous allons mettre des restrictions comme je le mentionnais auparavant. Elles ne sont pas suivies, l'opérateur va être de plus en plus absent, l'entreprise va demander ce que fait le médecin du travail, il ne fait rien, il y a un absentéisme incroyable, etc. Et par ailleurs, il existe à Bagnères-de-Bigorre un centre de rééducation fonctionnelle performant avec des médecins rééducateurs dynamiques qui proposent une technique de restauration fonctionnelle du rachis. Elle est basée sur une rééducation intensive visant à récupérer une mobilité du dos et une activité professionnelle normale. Cela nécessite un investissement très important des patients, car ils sont hospitalisés 5 semaines pour suivre tout le programme de réadaptation. Avant la réforme, quand nous avions ces patients lombalgiques, souvent nous essayons soit de le renvoyer à un confrère, soit intervenir dans le cadre de difficultés majeures. Nous remplissions la fiche d'aptitude, elle était saturée de restrictions. Et cela aboutissait très souvent à l'inaptitude et au licenciement. Depuis qu'Olivier L'hospital est arrivé, nous avons essayé de mettre en place un partenariat avec ce centre de rééducation fonctionnelle dans lequel notre ergonome pourrait intervenir beaucoup plus précocement, avant une désadaptation au poste, c'est-à-dire qu'il va aller faire une étude du poste du salarié. Il va évaluer s'il y a une possibilité d'aménagement de ce poste. Il va aussi concrètement définir quels sont les gestes et les postures contraignants sur ce poste et vers quel type de rééducation il faudrait aller pour réhabiliter la colonne vertébrale de ce salarié. Il va adresser cette étude de poste au médecin du travail et au médecin rééducateur qui va hospitaliser la personne pendant 5 semaines. Et quand nous disons à l'entreprise que le salarié est prêt à se faire hospitaliser 5 semaines pour faire un programme de ce type-là, l'employeur perçoit le salarié différemment, ce n'est plus un « carotteur », ce n'est plus un fainéant, ce n'est plus « celui qui a mal au dos tous les lundis matin et je vous assure, le vendredi il pète le feu » etc. Cela change le rapport, et du coup, cela nous a souvent permis de maintenir le salarié dans l'emploi. L'ergonome devient un facilitateur pour les médecins.

Le troisième type d'intervention concerne l'émergence du risque psychosocial qui envahit vraiment les consultations depuis plusieurs années et qui est particulièrement difficile à gérer par les médecins du travail, à l'origine de pathologies chroniques très importantes (psychique, cardiovasculaire, orthopédiques, les TMS, les tensions, les troubles psychiatriques...), le collectif de travail est souvent concerné... C'est vrai que l'arrivée de l'ergonome dans le service nous a beaucoup aidé à comprendre le regard sur l'organisation du travail. Nous étions peu formés au départ à la prévention de ce risque. Que se passait-il avant de travailler en pluridisciplinarité ? Souvent c'était le colloque singulier, avec une prise en charge individuelle, ce qui est la base de notre travail et ce qui peut expliquer aussi l'épuisement dans lequel on peut arriver en fin de carrière. Donc au mieux, nous sauvegardions la personne, nous l'envoyions chez un psychiatre. Nous ne gérons pas la cause de la dégradation de son état. Nous nous positionnions dans la réparation et peu dans la prévention (je ne vous cache pas que je suis persuadée que ces colloques singuliers-là sont à l'origine d'une grande partie de l'épuisement de notre profession).

Le fait de travailler en pluridisciplinarité nous a permis, outre la prise en charge individuelle qui est toujours nécessaire, de passer de la plainte individuelle à une approche collective pour modifier éventuellement les organisations du travail quand nous pouvions

le faire. Cela nous a permis de rechercher des pistes d'évolution dans les collectifs de travail : par l'élaboration d'une demande écrite au départ, par la sollicitation de l'ergonome, par la construction de la demande avec lui, les entretiens avec les employeurs, les salariés et les différents représentants des organisations de façon à aboutir à une évolution dans les collectifs de travail.

Qu'est-ce que cela nous apporte d'avoir un ergonome en interne ? D'abord, c'est la possibilité d'échanges et de collaborations, en faisant part de la connaissance de l'histoire de l'entreprise que nous avons. Souvent, nous sommes médecin du travail depuis plusieurs années dans l'entreprise, nous connaissons les marges de manœuvre, nous connaissons les évolutions, les restructurations en cours. Nous savons à peu près ce qui se trame, les évolutions possibles. Nous apportons ce côté là. Le fait que l'ergonome soit attaché au service, pour nous c'est un plus. Parce qu'il s'inscrit dans la durée ! Pour nous, c'est vraiment important d'être partenaires à long terme, cela change un peu la façon de travailler. Pour lui envoyer des fleurs, sa présence nous a permis de prendre du recul, d'éviter l'épuisement, et je l'en remercie. C'est un gage d'efficacité de travailler en pluridisciplinarité, c'est un enrichissement mutuel par nos différences. Les attentes des médecins dans le service sont très importantes par rapport à des risques qui sont particulièrement prégnants maintenant et présents dans toutes les consultations : les risques psychosociaux. L'intérêt est de travailler aussi avec les autres techniciens du service de prévention en hygiène et sécurité, psychologues du travail. L'intérêt est aussi d'élargir notre pratique médicale sans se déguiser en ergonome. Et aujourd'hui, travailler avec vous est pour nous un enrichissement certain. Je vous remercie et je repasse la parole à Olivier.

Conclusion

En conclusion, j'aimerais vous renvoyer quelques questions pour illustrer ce passage de l'angoisse à la méthode. Quelle évaluation est à envisager dans la pratique de l'ergonomie dans un service de santé au travail ? Comment atteindre et préserver l'équilibre entre nature et fonction ? Quelles formes peuvent prendre les collaborations avec les ergonomes que je fais intervenir dans les entreprises ? Parce qu'il m'arrive de faire intervenir certains cabinets dans des projets où, tout seul, je ne pourrais pas assurer la charge de travail.