

# **Intégrer ou pas une démarche Lean : quels enjeux pour la santé ?**

**Isabelle Jay**

Ergonome européen,  
Essor consultants, Grenoble

## **Introduction**

Dans cette communication, le thème "*L'ergonome et les outils de la performance de l'entreprise*" sera abordé à partir de la démarche « *Lean* » qui vise la performance de l'entreprise et qui est particulièrement développée dans le secteur industriel depuis quelques années.

Pour traiter du Lean, il me semble important de discuter de la posture de l'intervenant plus que de l'intervention en elle-même. De mon point de vue, lorsque l'ergonome participe au projet Lean, il lui est extrêmement difficile, de par son positionnement, de réinterroger les orientations définies par les objectifs Lean ; qui visent principalement l'optimisation de la productivité par la rationalisation des modes d'organisation du travail. Le risque pour l'ergonome est alors de se voir restreint dans un apport sur l'aménagement des situations plutôt que sur le questionnement des orientations et des choix du projet.

A travers un exemple, je vais tenter d'expliquer combien la participation à un projet Lean peut restreindre la pratique de l'ergonome à l'analyse de l'activité sans pouvoir réinterroger les points de vue sur cette activité. Cet écart renvoie à la prise en compte de la subjectivité dans le travail et sa place dans nos interventions.

Nous parlions justement hier des modèles que l'on pourrait proposer aux ergonomes et aux autres disciplines, je vais apporter aujourd'hui celui de la psychodynamique du travail qui donne justement un éclairage particulier sur la posture de l'intervenant et le rapport à la subjectivité dans le champ de la santé au travail.

## **1. Apport de la psychodynamique du travail à ma pratique d'ergonome : la posture de l'intervenant**

Mon intérêt pour les questions posées par la psychodynamique du travail concerne les limites entre les deux disciplines, où s'arrête l'ergonomie et quand commence la psychodynamique du travail, quels sont les apports d'une discipline à l'autre ?

En psychodynamique du travail, l'apport de l'ergonomie est fondamental, elle fait partie des principes de compréhension et d'analyse de la discipline. Il est donc difficile de faire de la psychodynamique du travail sans avoir des connaissances en ergonomie. En revanche, si on s'interroge sur ce que la psychodynamique du travail peut restituer à l'ergonomie, on constate que ce retour porte principalement sur les articulations méthodologiques possibles entre ces deux disciplines.

Il me semble qu'un des principaux apports de la psychodynamique du travail est l'éclairage sur la posture de l'intervenant. En ergonomie, il y aurait une succession de postures allant de l'intervenant « expert », qui réaliserait une analyse de la situation de travail à partir de ses propres critères, à la posture « compréhensive » qui réinterrogerait le sens du travail au-delà des cotations de poste.

En ergonomie, on peut débattre de ces postures possibles, alors qu'en psychodynamique du travail, cette question ne se pose pas car l'intervenant adopte, d'emblée, la posture de la compréhension. Cela va même plus loin que la compréhension et la co-construction du diagnostic avec les opérateurs, c'est le collectif de travail lui-même qui élabore une nouvelle représentation des situations.

En cela, l'intervenant en psychodynamique du travail, tente de comprendre, mais surtout d'interroger le collectif sur ce que la situation lui évoque. Il s'agit de travailler avec « la pensée » des gens puisque ce sont eux qui élaborent et valident le rapport. Je fais référence à la méthodologie très précise de l'enquête en psychodynamique du travail, définie par Christophe Dejours et son Laboratoire.

Lorsque l'on travaille avec la pensée des gens, on met la sienne à l'épreuve. A ce propos, Dominique Dessors évoquait l'image du « lâcher de trapèze ». Reprenant des propos de Wisner, cités par Dejours, Anne Flottes rappelait lors du congrès de la Self en 2006 que « *L'essentiel de leur travail c'est leur pensée* »<sup>5</sup>. Derrière la question de la posture de l'intervenant qui met à l'épreuve sa pensée et celle d'autrui, se pose celle de la représentation de la santé au travail. Aussi, si je devais faire évoluer mon titre, ce ne serait plus : « Intégrer ou pas une démarche Lean ; quels enjeux pour la santé ? », mais « Intégrer ou pas une démarche Lean quels enjeux pour l'ergonomie ? ». Entre une posture « experte » et une posture « compréhensive », fait-on la même ergonomie ? Les effets pour le diagnostic et l'action sont-ils identiques ?

## **2. Exemple d'une intervention dans une démarche Lean :**

Un exemple d'intervention en entreprise permettra d'illustrer de façon la plus concrète possible ce que ce décalage de posture provoque sur le diagnostic et sur l'action.

La demande d'intervention provient du responsable HSE d'une grosse entreprise du secteur de la pharmacie qui souhaite doter son service d'un ergonome afin d'assurer des missions de prévention. L'entreprise est en pleine « révolution Lean », menée par un cabinet de consultants qui intervient sur l'ensemble du site. La priorité est donnée à un secteur de production particulier et qui correspond à un bâtiment industriel. Je prends la suite d'un cabinet d'ergonomie, dont la mission a été interrompue, et qui était intégrée dans la prestation Lean du cabinet extérieur. Ce qui m'est demandé, c'est d'évaluer les conditions de travail en zone de production, dans l'idée d'améliorer la prévention et la santé, et ce, dans la poursuite de la démarche Lean tout juste finalisée.

### **2.1. Un premier constat qui répond aux attentes du Lean ...**

Dans le premier temps de l'intervention, je réponds aux attentes du Lean et de la Direction, j'identifie des situations « dites » à risques, et en découle des actions d'amélioration des conditions de travail. Je rencontre les opérateurs lors d'un groupe de travail. Ils sont tous très jeunes, moins de 25 ans, mais ils se disent tous épuisés et souffrants de douleurs

---

<sup>5</sup> A.Flottes, « Le travail psychique de l'activité de travail, est-il accessible à l'analyse ergonomique ? » in Actes du Congrès Self Caen 2006.

dorsales. Beaucoup sont en restrictions d'aptitudes et il y a un fort taux d'absentéisme dans l'équipe perturbant la production. Tous ces ressentis ont été confirmés par la suite par le médecin du travail et l'analyse statistique.

Lors des observations, on pouvait constater des conditions de travail pénibles avec notamment des transferts manuels de charges, un rythme de travail soutenu, une astreinte à la machine forte, des séquences de travail à l'échelle de la minute, des postures à risques, des opérations de travail au niveau du sol, bras en l'air et en torsion. Cela concernait principalement des opérations de chargement, d'évacuation des machines et de transfert de charge manuelles.

Les pistes de travail avec le groupe d'opérateurs nous orientaient sur la conception de nouveaux chariots, d'un système d'évacuation de la machine en proposant une desserte à l'opérateur, et sur une organisation du travail en coopérant à trois opérateurs (l'analyse Lean préconisait 2 personnes). Ces résultats, présentés dans le cadre d'une réunion intermédiaire avec la hiérarchie, étaient jugés satisfaisants pour la direction comme pour les opérateurs. Tout ceci est un premier constat issu d'une posture plutôt colorée « experte », mais d'expert ergonomiste, avec des critères propres à l'ergonomie et sur la base d'une analyse des situations à risques « à priori » pour la santé.

## **2.2. Une seconde étape qui révèle une situation énigmatique :**

La seconde étape illustre le décalage de posture, et reprend le questionnement à partir de ce que la situation évoque d'énigmatique à l'intervenant : comment expliquer que ces gens tous très jeunes soient dans cet état là alors que les pénibilités observées relèvent de « pénibilités ordinaires » pour un milieu industriel voire pharmaceutique? Habituellement, pour des contraintes similaires, on n'observe pas les mêmes conséquences, ou du moins pas avec une réponse si massive et unanime de personnes jeunes et épuisées. Je les questionne pour savoir pourquoi sont-ils - tous - dans cet état là ? Mes questions les mettent dans une colère insensée, et ils me rétorquent « *qu'il n'y a que ceux qui ont des lombalgies qui peuvent quitter le service !* ». J'entends alors, que dans cette grande entreprise, quitter le service ouvre la possibilité d'avoir un parcours professionnel au niveau du site. A partir de là, l'aménagement des postes en zone disparaît des préoccupations centrales des opérateurs au profit du rapport subjectif au travail et à son contenu.

Mais je n'ai pas le temps d'investiguer plus largement les motifs de leur volonté de quitter le service, car la direction arrête l'intervention ; intervention qualifiée de « sociale » par la direction du bâtiment qui dit attendre une « expertise ergonomique » pour identifier les gestes à risques afin de les supprimer ou de les optimiser en aménageant les espaces et les flux déjà définis dans le cadre du Lean.

Après plusieurs séances de discussion, nous n'arrivons pas à un accord avec la direction pour traiter du malaise des personnes en production, ce qui met à mal la suite du travail de l'intervenant. En effet, une fois le regard décalé - et si je reprends l'image du trapèze de Dominique Dessors - une fois qu'on l'a lâché, on ne peut plus le rattraper. En même temps, ce qu'on tient à ce moment là, c'est ce qu'il y a de fondamental pour les personnes car cela concerne leur engagement subjectif vis-à-vis de leur travail et finalement cela guide le sens de l'intervention.

Un compromis est finalement trouvé avec la direction – qui ne touche pas le sens du travail pour les personnes- par la participation lors d'une réunion plénière, de la direction des ressources humaines. Celle-ci décide alors de positionner en priorité ce service dans la

politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences ; les opérateurs de ce service n'ayant jusqu'à présent que peu de possibilités d'évoluer dans l'entreprise. Quant aux propositions d'aménagement des situations, elles sont validées et financées.

### **3. Regard sur les résultats :**

Depuis cette intervention, il y a maintenant plus d'un an, quatre personnes ont quitté le service par mutation et, d'après le nouveau responsable, vont bien. Néanmoins, rien n'est envisagé pour ceux et celles qui restent.

Dans cet exemple, j'ai tenté de montrer qu'il n'est pas évident d'infléchir le processus Lean tant les principes de ce type de démarche empêchent de réinterroger le contenu et le sens du travail et restreint l'apport de l'ergonome à des aménagements des situations « *acceptables* » pour la direction.

Dans une conception plus large et dynamique de la santé, j'aurais proposé une autre démarche, visant une élaboration, par les personnes, du sens du malaise que toutes semblaient partager, sous réserve qu'elles soient demandeuses d'une telle démarche. Or, proposer ce niveau de questionnement dans l'intervention nécessiterait un positionnement d'emblée en dehors du projet Lean\*.

\*Lors de la phase d'analyse de la demande, on pourrait évidemment envisager un élargissement de l'apport de l'ergonome dans l'équipe Lean. Or, d'autres expériences m'ont montré que malgré un accord discuté au démarrage du projet, dans les faits, la mise en débat des choix organisationnels issus du Lean n'est pas acceptable pour la hiérarchie, et même pour l'encadrement de proximité et les opérateurs, qui voient dans les questions soulevées par l'ergonome la remise en cause de leur travail effectué dans le cadre de leur participation aux « groupes de travail Lean ».

### **4. L'ergonome est-il un expert de la santé ou une « aide à penser » pour les personnes?**

Qu'est-ce qu'on entend par « aide à penser » ? Dans une autre communication, il se disait que la santé vue par les ergonomes serait plutôt du côté de la pathologie, mais qu'avons-nous comme autres modèles pour penser la santé ? En psychodynamique du travail, la santé est justement dynamique, la pathologie survient quand les personnes n'arriveraient plus à penser les situations, c'est-à-dire à faire des liens entre les événements, à élaborer de nouvelles représentations.

La démarche Lean positionne d'emblée l'ergonome comme un expert de la santé (et non une « aide à penser ») capable d'évaluer les situations de travail sur la base de critères objectivables et standardisables. Or, le travail humain - l'ergonomie l'a démontré maintes fois - est bien plus complexe car il relève de l'ingéniosité et de l'astuce - les psychodynamiciens parlent de « tricherie ». Tout ceci est bien évidemment irréductible à un système de cotations et il devient très délicat d'inscrire le travail humain dans des cases.

Finalement intervenir dans le cadre d'une démarche Lean lorsque l'on est ergonome, cela ne risque-t-il pas de cautionner auprès des décideurs une certaine idée de la santé, une certaine représentation de l'homme qui serait plutôt mécanique que dynamique ? (mécanique dans le sens où l'on identifie des facteurs qui déterminent des risques pour la santé - si l'on enlève le facteur, il n'y a alors plus de risque). En revanche, rester « hors Lean » permettrait un positionnement pour aborder les questions de santé autrement qu'à travers un jeu de « compensations » entre rationalisation des process d'un côté, et allègement/facilitation des tâches pour les opérateurs de l'autre.

## 5. Le questionnement sur la posture de l'ergonome n'est pas nouveau ...

Mais finalement, les questions autour de l'ergonomie et la performance sont-elles nouvelles ? Ce n'est pas d'aujourd'hui que les entreprises travaillent sur la performance et développent des techniques d'amélioration, de rationalisation et d'intensification du travail. La question de la posture de l'ergonome n'est pas non plus nouvelle. Cette question est évoquée par Alain Wisner lorsqu'il a construit les outils de l'analyse de l'activité (*dans Travailler 15, 2006*).

Finalement qu'est-ce qui serait nouveau aujourd'hui et qu'est-ce qui ferait que ces questions mobilisent toujours la profession ? En tant que consultante, j'observe dans les entreprises une sorte de « *rigidification* » des postures des managers et des directions vis-à-vis des problèmes soulevés par la finalité et le sens du travail pour les salariés. Pour comprendre la situation des intervenants dans les entreprises, il me semble que le renforcement de l'obligation de résultats en termes de santé-sécurité auprès des responsables est un élément déterminant. En effet, nous sommes là, face à une injonction quasi-paradoxe, car il est bien difficile en termes de santé de s'engager et d'obtenir des résultats factuels et sur une période donnée. D'ailleurs, la question de la prévention des risques psychosociaux et leur intégration dans l'évaluation des risques professionnels illustre bien cette complexité.

Parce qu'ils s'intéressent à la santé, les ergonomes seraient pris dans cette injonction paradoxale de résoudre une situation qui serait insoluble : avoir des résultats en termes de santé – et de façon performante ?

Plusieurs points me permettent de dire que le contexte a changé renforçant l'obligation de résultat pour la santé :

Le premier est l'évolution de la réglementation européenne portant sur la prévention des risques professionnels. Avec la prise en compte de la santé mentale, on observe un renforcement des obligations de résultat en termes de santé mais aussi en termes de complexité,

Le deuxième point est la question des évaluations individuelles et l'on constate leur développement dans les entreprises du secteur privé comme public. Dans les évaluations individuelles de performance des managers, on voit apparaître des critères de santé des collaborateurs. Pour que son évaluation se passe bien, le manager doit pouvoir justifier d'indicateurs favorables qui concernent la santé de ses collaborateurs,

Un troisième point est lié à la technologie. On observe en effet une évolution prodigieuse du niveau technique dans les entreprises (développement informatique, numérique, robotisation et interface machine...). Cette évolution technique éloignerait encore davantage les managers du réel. L'évolution de la technique renforcerait une certaine représentation collective de l'homme « fonctionnant comme une machine »...

Le risque pour la profession d'ergonomes ne serait-il pas de devenir un outil au service de la performance ou une ingénierie de la santé ? Le risque d'instrumentalisation de l'ergonomie est fort notamment lorsque l'on est appelé pour des risques psychosociaux par des directions qui veulent « manager le risque santé ». Qu'en est-il d'une ergonomie qui ne serait qu'une « ingénierie de la santé », cohabitant au côté des démarches 5S, Kaizen...

Quelles seraient les conditions pour négocier un compromis qui permettrait à l'ergonome d'intervenir sous contrainte pour éviter l'absence des apports ergonomiques – situation

parfois plus pénalisante pour le projet Lean - ou bien de négocier comme principe d'intervention une position extérieure au projet pour pouvoir réinterroger le sens et la finalité du travail ?

---

## Bibliographie

Travailler, n° 15 2006/1, Dossier : *Alain Wisner, une démarche, une référence.*

Travailler n°21 2009/1, Dossier : *Dominique Dessors, clinique du travail et transmission.*

Dessors, D. (mars 2009) « *De l'ergonomie à la psychodynamique du travail* » : éd.Erès, notamment l'article D.Dessors /A.Laville sur la signification du discours ouvrier en ergonomie et en psychopathologie du travail p93, et la présentation sur l'approche globale ergonomie et psychopathologie déjà mise en débat début 1980, p14 et 15.