

Les pratiques des ergonomes internes face aux nouveaux enjeux des institutions hospitalières

Marjorie VONWYL

Ergonome Européen®, CHU Rennes

Ce texte a été produit dans le cadre du congrès des Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie, organisée par l'équipe d'ergonomie des systèmes complexes de Bordeaux INP en mars 2024. 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 :

Vonwyl, M. (2024). Les pratiques des ergonomes internes face aux nouveaux enjeux des institutions hospitalières. Dans *À quoi sert l'ergonomie aujourd'hui ? Enjeux politiques et sociaux dans nos interventions* Actes des journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie. Bordeaux.

Je vous propose d'aborder aujourd'hui les questions des institutions hospitalières, notamment publiques. Pour le cadrage général de la communication, je suis ergonomiste interne au CHU de Rennes depuis 3 ans. Mais en l'occurrence, ce n'est pas du CHU de Rennes dont je vais vous parler, j'ai pris le parti de m'appuyer sur quelques-uns de mes collègues ergonomistes hospitaliers internes pour apporter l'illustration de plusieurs cas et puis, peut-être, quelques informations susceptibles d'alimenter la réflexion et les perspectives.

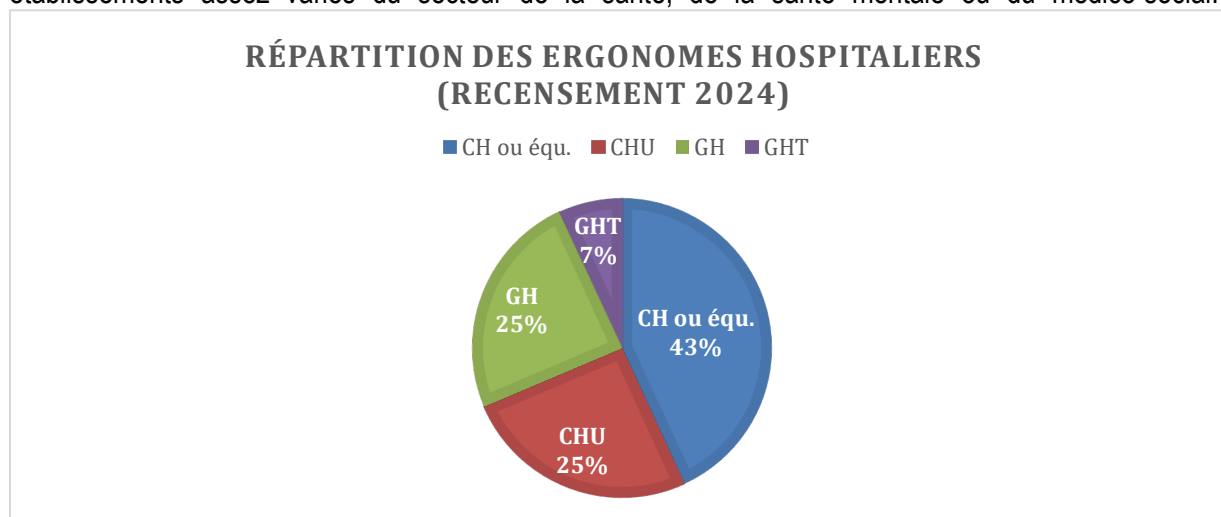
Pour ma part, j'ai trois ans d'expérience dans cette institution, mais je suis coutumière de la fonction publique hospitalière, puisque j'ai déjà œuvré pendant pratiquement 10 ans au sein d'un autre CHU de même taille. Les institutions hospitalières ne me sont donc pas étrangères.

Je vais évoquer les éléments de réseau des ergonomistes hospitaliers, les enjeux politiques et sociétaux et, plus largement, les enjeux de la fonction publique hospitalière. Pour cette communication, j'ai pris le prisme des impacts sur les pratiques des ergonomistes internes.

1. Le réseau des ergonomistes internes, qu'est-ce que c'est ?

L'idée, depuis quelques années, c'est de rassembler un réseau d'ergonomistes hospitaliers, au niveau national, essentiellement public. Nous sommes allés au-delà du périmètre national, nous allons le voir juste après. Cela correspond à une communauté assez grandissante, à géométrie variable, qui cherche des objets qui les rassemblent, qui font qu'ils se ressemblent... En tout cas qu'ils ambitionnent de traiter la même thématique, à savoir la question du Travail. C'est une communauté de 100 ergonomistes qui a constitué un espace de diffusion par mail ; aujourd'hui, on commence à constituer un espace Internet, avec des objets d'échanges, des objets partagés, des groupes de travail thématiques.

Ça représente à peu près 98 % des établissements publics de santé. Une grande majorité de ces acteurs ergonomistes hospitaliers œuvrent dans de grandes structures : les GHT (Groupement Hospitalier de Territoire), les groupements hospitaliers qui peuvent avoir des périmètres différents de celui du territoire de santé, les CHU qui, eux aussi, ont finalement un périmètre assez large ; le reste étant des petits établissements assez variés du secteur de la santé, de la santé mentale ou du médico-social.



Aujourd'hui, pour donner un ordre d'idée, le CHU de Rennes, c'est à peu près 9 000 salariés pour une seule ergonomiste.

2. Les “nouveaux” enjeux de la fonction publique.

On peut trouver cinq enjeux :

- On a des enjeux sur la gestion des ressources humaines, notamment en termes de recrutement, de formation et de fidélisation des professionnels de santé. Il est également nécessaire d'adapter les métiers et les compétences aux évolutions du système de santé.
- Sur la qualité des soins à l'accompagnement des usagers. C'est assez traditionnel. Il s'agit de garantir la qualité des soins et de l'accompagnement des usagers, tout en respectant les droits des patients et en favorisant une prise en charge globale et personnalisée.
- Optimiser les ressources et améliorer la performance économique, tout en garantissant la qualité des soins et la sécurité des patients. Il est nécessaire d'adapter les pratiques professionnelles et les organisations de travail pour répondre aux besoins des usagers. Alors là, on est à la croisée des institutions de santé publique et privée. Et cette question-là peut être source de débat pendant au moins 4 h.
- La question de l'innovation et de la transformation numérique, qui peut faire énormément de débats et d'applications pratiques à l'hôpital, pour améliorer la prise en charge des patients, faciliter les échanges d'informations entre les professionnels de santé et favoriser la coordination des soins.
- Et puis enfin la prise en compte de l'environnement et du développement durable, et intégrer des démarches éco-responsables et durables dans ses pratiques et ses politiques de gestion, afin de limiter son impact sur l'environnement et de favoriser une santé durable pour tous

C'est un parti pris effectivement de présenter ces enjeux-là, et ça sera le prisme pour expliquer des cas pratiques. Pour chacun de ces grands enjeux historiques se greffent les nouveaux enjeux politiques et sociétaux.

Mais j'apporte une nuance sur la question du « nouveau », dans le sens où les difficultés de l'hôpital public ne sont pas nouvelles. On n'a pas découvert ça en 2024 ; ce sont des éléments qui sont déjà largement documentés. L'hôpital public est déjà en prise directe avec la société, à travers la prise en charge des maladies chroniques, les affections multirésistantes, de la précarité, des violences faites aux femmes et aux enfants, les vieillissements des populations, les questions de transidentité, de la prise en charge de la santé mentale en France, etc. L'hôpital public est déjà en prise directe avec tout cela depuis longtemps, donc la question de la nouveauté peut questionner.

Ici, l'objectif n'est pas de débattre sur ce qui est nouveau ou pas, mais de voir dans quelle mesure ça résonne avec la pratique des ergonomes internes telle qu'elle est aujourd'hui et représente à la fois des opportunités – ça a été très bien illustré par la communication précédente – tandis que d'autres ont plutôt des motifs d'intervention "pompiers".

2.1. La gestion des ressources humaines

Concernant la gestion des ressources humaines, il y a quelques thématiques qui sont traitées par les RH au sens large. L'objectif n'est pas de développer cette partie-là, mais plutôt de parler des cas que ça suscite.

Le premier cas serait un cas d'action systémique, une démarche de prévention construite, durable, d'envergure dans laquelle on prend le temps. Le temps est un élément central, qui a été évoqué dans quasiment toutes les communications autour des métiers d'ASH (Agent de Service Hospitalier), qui est une population de catégorie C susceptible, particulièrement, d'être la cible d'une forme de désinsertion professionnelle. On se rend compte que ce sont des métiers assez peu valorisés qui, à l'hôpital, avaient tendance à être externalisés extrêmement fortement au gré des évolutions des différents services. Il reste « deux, trois petits détails » que l'externalisation ne permet pas, notamment la question de l'adaptation, la coopération avec l'équipe de soins. J'insiste sur cette terminologie-là parce qu'elle a été le point central pour amener à questionner les raisons pour lesquelles ça ne fonctionnait pas. Le prétexte qui a permis de travailler sur ces questions n'était absolument pas la question du Travail, malgré les plaintes dans les différents services, mais plutôt qu'ils avaient beaucoup de mal à recruter. Ces publics-là quittaient

l'établissement assez fortement du fait de la casse en termes de santé, mais aussi en termes de perte de sens par rapport à leur travail. En ce qui concerne l'établissement où l'ergonome a pu intervenir sur cette question-là, il a fallu attendre qu'il n'y ait plus de recrutement possible et vraiment une désinsertion forte pour engager une démarche qui se veut vertueuse.

Ensuite, deuxième cas, qui permet de voir quelle est la porte d'entrée qui a été prise. Il peut y avoir des cas de sollicitation d'ergonomes sur des sujets de maintien d'emploi, qui se trouvent être différenciés notamment par la pénurie professionnelle, où on va privilégier ou fléchir des demandes prioritaires sur certains publics qui seraient en tension. On serait prêt à avoir des approches de priorisation d'intervention, mais aussi de moyens qu'on met pour maintenir en emploi ces publics-là. Se pose la question de l'équité, de l'égalité de traitement vis-à-vis de ces publics-là, notamment dans des fonctions publiques hospitalières.

2.2. La qualité des soins et de l'accompagnement des usagers

De la même façon, sur la qualité des soins à l'accompagnement des usagers, il y a beaucoup de questionnements. L'idée n'est pas d'aller dans le contexte des enjeux, mais de présenter quelques cas.

La communication d'hier a fortement fait écho à cet enjeu-là, dans la mesure où l'on peut avoir des enjeux d'attractivité des professionnels via l'expression des besoins des demandes que la patientèle exprime à la ville. Là, c'est le cas particulier d'habitants, des populations des différents quartiers, qui œuvrent autour de l'hôpital et qui sont allés demander à la ville de mettre en place des dispositifs qui vont répondre à ces besoins sociétaux, notamment de préservation de ces publics en situation délicate et en particulier sur les sujets de violences faites aux femmes. La ville intervient dans le directoire et est susceptible d'imposer une application pratique. Dans ce cas précis, ça a permis de monter une maison des femmes dans laquelle on a pu travailler directement avec les populations, à la demande expresse de la mairie, pour que leurs besoins soient bien pris en compte dans la conception du projet de la maison des femmes. Ça a posé beaucoup de questions sur la cohabitation entre les équipes soignantes du secteur hospitalière et des acteurs associatifs : comment est-ce que la coopération intervient ? Est-ce que le projet architectural répond à ce besoin de coopération et de service ? Est-ce que la finalité est assurée ou pas ? Est-ce qu'on s'est fait plaisir pour cocher la case en disant que la ville a fait quelque chose ? La finalité n'est pas tout à fait la même.

On a aussi des choses concernant les formations des cadres de santé au plaisir au travail, par exemple. Dans une vie antérieure, j'ai été sollicité sur les questions de plaisir au travail : quels sont les aménagements matériels au bureau qui vont contribuer au plaisir au travail ? Ça a permis de susciter le débat parce que sa collègue est arrivée tout de suite en disant : « mais qu'est-ce que tu dis à l'ergonome ? ». Mais moi, j'ai déjà travaillé avec cette cadre – d'où l'intérêt de la pérennité, la sensibilisation mise en place quelques années avant, qui a permis de faire émerger quelques éléments. La cadre en question, avec qui j'avais déjà travaillé, qui avait changé de fonction depuis, est arrivée dans le bureau, s'est installée, s'est impliquée dans la discussion. Elle a dit : « Si tu poses la question comme ça, l'ergonome va déconstruire cette question-là. Elle ne va sûrement pas répondre à la question sous cette forme-là ». Mais c'est bien : « vas-y, fais-lui confiance ». Je m'apprêtais à sortir les rames pour travailler cette question, et c'est la collègue d'à côté qui a fait le travail de déconstruction des représentations et qui m'a permis de travailler un module, un petit séminaire, pour parler de ces questions-là et pour pouvoir outiller les encadrants sur ces dimensions-là.

2.3. La gestion de la performance et de l'efficacité

Sur les sujets de la gestion de la performance, autres cas.

On a aujourd'hui pas mal de demandes qui arrivent aux ergonomes internes hospitaliers à propos de projets tournés vers les résidents d'EHPAD ou d'USLD, les maisons de retraite qui accueillent les populations âgées en France. Ces demandes font suite à l'actualité d'une grande chaîne de maisons de

seniors privés qui a décrié la chronique. Mais ça a été un magnifique prétexte pour les pouvoirs publics, au sens large, et les institutions hospitalières de se saisir de ces questions-là par le prisme du besoin du résident, de sa famille et puis du lieu de vie que ça doit être. Le risque étant d'oublier le professionnel par la même occasion, mais le fait d'avoir de bons prétextes de traiter ces questions-là, c'est des financements, c'est des opportunités et c'est des occasions de questionner le Travail, en tout cas de l'usage de ces éléments-là. C'est des situations complexes, mais qui créent également des occasions.

De la même façon, à propos de la création de service d'accès aux soins, les fameuses SAS, qui sont des petites entités qui ont été créées sur l'ensemble du territoire national pour répondre aux besoins des populations avant d'aller aux urgences. L'objectif, c'est de pouvoir porter une réponse préalable à l'arrivée des urgences pour limiter son engorgement. Les besoins de la société ont permis un déploiement extrêmement rapide. La question de la temporalité, d'avoir le temps de faire les choses, se pose toujours. Mais il s'agit d'excellents prétextes – les besoins de la population – où il faut le faire de toute façon. Il y a un impératif de le faire dans une temporalité extrêmement prégnante, donc autant le faire bien. On peut avoir des cas de cette nature-là, qui sont plutôt intéressants et qui nous permettent de nourrir ces éléments-là.

2.4. L'innovation et la transformation numérique

Autre cas, l'innovation et la transformation numérique.

On va avoir des opportunités d'appel à projets extrêmement novateurs. Donc, comment est-ce que les ergonomes se saisissent de ces questions-là, pour rendre le discours séduisant, innovant, pour que l'appel à projets passe et que ça déclenche des opportunités de travailler des questions de travail ?

On peut avoir également d'autres situations, un accompagnement individuel par exemple, qui mettent en évidence des éléments de fracture numérique. Là, il s'agit du cas d'un accompagnement d'une externe en médecine qui présente des troubles DYS. C'est une combattante, tous les jours, pour poursuivre sa formation. On fait appel à l'externe, on développe l'expertise, on identifie les solutions, on les teste, ça marche plutôt bien. Elle s'accroche et elle teste tout. Et à la fin, on se retrouve face à la situation suivante : sortir une tablette devant le patient, non, ça ne va pas le faire, en fait. On abandonne tout.

2.5. La prise en compte de l'environnement et du développement durable

Sur ce dernier enjeu, on peut être appelé sur des cas basiques, "pompiers", mais qui sont extrêmement impactant. Par exemple, dans un établissement, la direction des achats peut avoir supprimé les sets de papier à usage unique en hôpital de jour d'oncologie. Ces sets étaient en fait les garde-fous pour gérer une activité extrêmement intensive lors des pics d'activité, afin de ne pas mélanger le traitement des patients. C'est « un peu » impactant en matière de sécurité médicamenteuse. Mais, le fait d'avoir supprimé, de manière évidemment non communiquée, ces sets à usage unique a totalement dérégulé et dégradé ce qui leur permettaient de gérer la variabilité et de surmonter ce pic d'activité en s'assurant d'un minimum de sécurité dans la réalisation des préparations de soins pour les patients.

On a quand même quelques constats partagés relativement unanimes sur le monde de la santé. C'est un paradoxe constant avec des objectifs qui se veulent vertueux, mais qui, parfois, ne sont pas arbitrés ou qui s'imposent à nous. Quelques exemples pour illustrer :

- Viser l'excellence avec de l'hyperspécialisation, la haute technologie, la chirurgie de pointe, des choses « extraordinaires » et puis de l'égalité de soins pour tous et en tout temps. Tenir les deux sans arbitrages est légèrement compliqué...
- Lutter contre les infections nosocomiales, ça veut dire étudier la chose dans son hôpital, mais par contre le classement sera public. Donc, les premiers du classement sont les meilleurs et on a dans les magazines des publications des meilleurs hôpitaux et cliniques. Sauf que ceux qui sont mauvais ne sont pas dans le haut du classement, c'est simplement qu'ils n'ont pas compté.

- Ensuite, on peut avoir effectivement des sujets vertueux d'augmentation de la capacité de soins hospitaliers pour les maladies chroniques, le vieillissement, les bombes sanitaires à retardement comme le confinement a pu en créer, etc. Et puis, de l'autre côté, une crise de sens où on peut ouvrir des lits parce qu'il y a des besoins, mais où on n'arrive pas à trouver les professionnels. Et on se pose des questions sur ce qui fait que ça ne marche pas ? Donc, il y a des objets non arbitrés et des injonctions paradoxales qui sont des conflits de logiques non régulées, qui posent des difficultés majeures à la mise en pratique.
- Une gouvernance institutionnelle qui peut manquer d'éclairage du réel et se baser sur l'incompréhension partielle des indicateurs quantitatifs qui incitent au maintien d'une logique gestionnaire. Une insuffisance de vision partagée institutionnellement sur le moyen et sur le long terme : où va le navire ? Vers où on va ? Quel est l'objectif à moyen terme ? ... à long terme ?

3. Réflexions et perspective

Les diagnostics sur l'état du monde de la santé ne manquent pas. On ne découvre pas ce qu'il se passe à l'hôpital public, mais cela ne constitue pas pour autant toujours une base commune de mise en action. C'est là où le paradoxe de l'hôpital public se pose, il y a une temporalité basée sur l'urgence... quasi en toute circonstance...

Pour terminer : les leviers d'action. On va terminer sur : qu'est-ce qu'on peut faire ?

C'est avant tout d'avoir **une lecture stratégique des acteurs et des nouveaux enjeux**. Évidemment, comme on le fait à l'accoutumée en tant qu'ergonome, et particulièrement en tant qu'ergonome interne, c'est d'identifier qui sont les sponsors de ces enjeux. Parfois même les sponsors non officiels. L'idée, c'est de mesurer par exemple qui porte la question de l'environnement sur la question de développement durable. Qui est le sponsor et le lobbying auprès des achats des décideurs ? Et c'est eux qu'il faut identifier.

Ensuite, je rejoins ce que disait Ghislaine Pech-Olivo, hier, sur le **lobbying actif transversal**, qui est quand même non négligeable et qui permet de faire évoluer le prisme de l'ergonomie, qui souffre d'une représentation erronée, mais tenace.

L'objectif, c'est aussi de pouvoir aller un petit peu plus loin. C'est de développer une **approche systémique et pluridisciplinaire** centrée sur le travail. Quand on est ergonome sur un CHU pour 9 000 personnes, il est nécessaire de s'appuyer sur la pluridisciplinarité, d'avoir des relais sur ces questions-là.

Et parfois, ça suppose aussi d'**être identifié** pas tout à fait comme ergonome. À l'hôpital particulièrement, *ergo*, ça veut dire *ergothérapeute*. L'idée, c'est de pouvoir être identifié. Pour ma part, c'est la stratégie que j'emploie assez souvent, celle d'être identifiée comme plutôt facilitateur. Et c'est après coup, dans l'analyse de la chose, que l'on va se dire que l'ergonome est venue. Mais en fait, ce n'était pas forcément ce à quoi on s'attendait, parce qu'il a joué un rôle de facilitateur. Il n'était pas tout à fait dans un cadre d'une intervention classique, mais ça a permis de semer des petites graines et qui ont germé pour la suite, pour pouvoir avancer sur les questions de Travail.

C'est **outiller les transitions**. Et la question c'est : est-ce qu'on est acteur de ces changements ? Et comment est-ce qu'on outille les acteurs qui, de toute façon, n'auront vraisemblablement pas le temps ou l'envie – ou les deux – de vous solliciter en tant qu'ergonome. Donc la question, c'est : comment est-ce qu'on outille ces transitions pour faire le moins de mal possible ? Ou alors, faire le choix de ne pas y aller en tant qu'interne ; c'est un choix drastique, largement mis en débat dans le réseau des ergonomes hospitalier, que de se dire si on contribue à ça. Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on se rend complice de ces pratiques où il faut aller très vite pour tout, au risque assez probable d'oublier deux, trois détails, notamment sur la question de Travail.

Le **positionnement des appels à projets**, c'est un levier qui a été identifié de manière relativement transversale par mes collègues. Ce sont d'extrêmement bons prétextes pour vendre des argumentaires différenciés, pour traiter ces questions-là. Et effectivement, le financement externe contributif est non négligeable. Les valeurs économiques nous permettent d'avoir l'occasion d'initier des thématiques auxquelles ils n'étaient pas tout à fait préparés. On a une expérience en cours, et j'espère qu'elle va être satisfaisante, sur les questions de simulation organisationnelle dans la perspective d'un projet archi imminent. J'espère qu'on va réussir à faire mûrir ces éléments-là. Mais sans cet appel à projets, on n'aurait pas pu, ne serait-ce qu'aborder, amener cette vision-sur le devant de la scène.

S'appuyer sur les partenariats avec l'externe. On a besoin d'avoir un regard complémentaire, d'avoir des experts qui nous amènent ces questions-là. On a besoin d'avoir parfois juste le même discours, mais tenu par l'externe. Pouvoir travailler cette coopération en amont, avec les partenaires externes, est une nécessité pour faire passer des messages et semer ces petites graines qui vont faire avancer.

Et je terminerai là-dessus : l'objectif, il est bien de **donner de la visibilité au succès**. Et je vous rejoins, dans les différentes communications qui ont été faites, pour faire l'analyse comparative sur ce qui ne fonctionne pas dans nos interventions. Qu'est-ce qui fait que ça a raté ? Et au contraire : Qu'est-ce qu'il ne faut pas reproduire ? ... pour capitaliser et pour structurer, mais aussi pour donner l'occasion de mettre encore plus en visibilité.

En conclusion, je dirais que la pratique des ergonomes internes dans le secteur hospitalier représente un coût adaptatif et stratégique assez important. Selon le climat de l'établissement et le volontarisme institutionnel, ce coût peut être assez variable et, de fait, justifier d'un ajustement important. Heureusement, il existe beaucoup de ressources pour les ergonomes : les congrès, les collègues, le travail en réseau, les échanges croisés qui nourrissent énormément notre réflexion et notre prise de recul, les nombreux travaux et les recherches. Et merci, d'ailleurs, d'écrire aussi bien et de documenter ces éléments-là, parce qu'on ne vous le dit pas assez, mais ils sont extrêmement précieux, pour nous, ergonomes de terrain, « petits ergonomes » qui se documentent et qui peuvent s'appuyer sur ces littératures-là.

Et puis la richesse hospitalière, par son engagement, sa diversité, sa capacité d'adaptation, parce que c'est un environnement qui reste extrêmement riche, avec plus de 200 métiers différents, ce qui nous emmène partout... dans les blocs opératoires, dans les vides sanitaires avec les techniciens, dans les secteurs d'activité tertiaire... Bref, même si la crise du sens au Travail dans des conditions de travail dégradées, impacte fortement cette institution, ce sont des environnements qui sont super chouettes, avec des gens passionnés et essentiels !

4. Échanges avec le public

Auditeur 1 :

Merci pour le clin d'œil entre l'ergothérapeute et ergonomiste, puisque je suis de formation initiale ergothérapeute, et j'ai fait l'erreur de me réorienter vers l'ergonomie. Avant, on ne savait pas ce que je faisais en rééducation fonctionnelle et maintenant on ne sait toujours pas ce que je fais.

Juste une petite question, par rapport à ce contexte particulier de l'hospitalier, sur le profil des ergonomes qui interviennent dans le monde hospitalier. Est-ce qu'aujourd'hui, par rapport aux adhérents de l'association, vous repérez qu'il y a une forte prédominance du profil Psycho / ergo, avec cette espèce de boîte magique probablement dans la tête des décideurs de répondre à toutes les problématiques de l'hôpital ? Ou bien est-ce plus diversifié que ça ? Et en quoi ce caractère soit très homogène, soit très hétérogène vous permet justement d'avoir des partages de pratiques aidant dans la construction de la pratique de l'ergonome hospitalier ?

Réponse : Marjorie Vonwyl

Ça va faire presque 17 ans que j'arpente les hôpitaux publics, d'une manière ou d'une autre. Cette question n'est pas si tranchée, pour répondre à la première partie. Il y a effectivement une petite tendance à avoir des recrutements orientés sur les couteaux suisses, dans l'espoir de pouvoir solutionner tous les problèmes de l'hôpital. En revanche, sur la globalité du réseau qu'on représente, qui n'a pas vocation à être exhaustif, on rencontre des membres tous les jours. Je partage cette charge avec une collègue qui fait partie de l'ADECAPE, pour alimenter la liste de diffusion, et toutes les semaines on a de nouveaux collègues à intégrer.

Ma réponse serait plutôt en deux temps. On a beaucoup de profils qui sont issus de reconversions internes à l'hôpital, c'est à peu près 20%. On a des profils qui ne sont qu'ergonomes, mais avec des formations extrêmement variées, voire pas forcément de formation diplômante, mais qui se sont formés au contact des situations de travail. Et puis, toute une partie d'acteurs qui sont effectivement recrutés sur cette modalité de couteaux suisses, mais qui n'ont pas forcément les moyens de la mettre en œuvre. C'est assez variable, il faudrait les questionner sur le sujet. Il y a quand même un prisme important, c'est que les opportunités d'appel à projets, qui sont des opportunités de traiter de ces questions de travail, sont très souvent des occasions de ne financer que des CDD. Donc, on a aussi une partie de la population de nos ergonomes hospitaliers qui ne sont qu'en transit. Alors, on essaie de les accompagner de façon à pouvoir les guider, pour qu'ils ne se fassent pas harper par la grosse machine institutionnelle. Parce que ça peut être douloureux ; on a des gens qui ont changé de métier après avoir fait deux ans à l'hôpital public.

Comment est-ce qu'on fait pour outiller les jeunes ergonomes qui nous rejoignent ? ... pour avoir les clés pour négocier, ne serait-ce qu'un statut, parce que ce n'est pas encore homogène à l'échelle hospitalière.

La question du réseau est très vaste. Il y a évidemment beaucoup d'échanges, beaucoup de contradictions, rarement d'avis unanimes, et c'est bien. Mais pour le coup, il y a des réseaux plus locaux, avec des gens qui se connaissent. Par exemple, on a développé un réseau des ergonomes hospitaliers à l'échelle de la Bretagne, qui permet d'avoir une proximité, une confiance, et puis qui permet de traiter de certaines thématiques un peu plus précisément qu'à l'échelle nationale où ça peut être laborieux.

Auditeur 2 :

Je me demandais, au vu de votre contexte avec 9 000 employés et plus de 200 métiers, comment vous priorisez les sujets sur lesquels vous allez intervenir. Est-ce que ça passe par des référents de terrain que vous avez peut-être formés ou équipés sur les sujets du travail ? Et est-ce que c'est eux qui remontent les sujets sur lesquels vous allez intervenir ? Où est-ce que ça passe par d'autres biais ? Vous avez une autre stratégie en tête, pour l'avenir, avec peut-être une volonté de recruter d'autres personnes ou d'agir autrement ?

Réponse : Marjorie Vonwyl

Je vais commencer par la fin.

Si les recrutements d'ergonomes étaient à ma main, ce serait différent. Est-ce que c'est ce qui se passe aujourd'hui ? Non, malheureusement, ça ne m'appartient pas. Ce serait un souhait... Et finalement, les petites graines qu'on a pu semer sur d'autres établissements, où on a pu déjà travailler, ont porté leur fruit parfois. Sur le dernier site sur lequel j'ai travaillé et la continuité de tout le travail de la personne qui m'a remplacé, ça finit par payer. Désormais, il y a deux ergonomes en poste qui, justement, ont pu se démarquer, en traitant des questions de maintien à l'emploi – qui sont quand même une réalité des préoccupations des établissements de santé – mais également en accompagnant des transformations majeures en ayant parfois un rattachement différent des 2 ergonomes, de façon à couvrir des champs et avancer sur les questions de transformation et de mutation profonde de l'établissement.

Pour ma part, la question de la priorisation, elle est arbitrée avec nos partenaires du travail, rattachement hiérarchique, mais aussi collègues. J'ai des collègues en prévention, j'ai un médecin du travail, une psychologue clinicienne, des infirmières en santé au travail, à noter également une ingénieure en prévention des risques professionnels et puis une psychologue du travail. Donc, on n'est pas tout seul. Par contre, comment est-ce que l'on met en musique tout cela, pour pouvoir parler le même langage, s'accorder sur la stratégie dans un climat complexe ? Ça veut dire aussi tenir le cap de ce qu'on se dit. Donc, il faut assumer. C'est quelques heures de discussions, quand notre partenaire de travail n'est pas préparé, ça peut être bouleversant. Néanmoins, l'objectif, c'est justement d'avoir aussi des objectifs qui soient à notre main et qui soient raisonnables, et de garder à l'esprit que si on veut rester ergonome hospitalier, de toute façon, il faut faire le pas côté, en considérant qu'il y a des objets qui ne sont pas maîtrisables. Par exemple, j'ai hérité d'une situation où j'ai remplacé quelqu'un qui avait un rattachement différent du mien, évidemment en plein COVID. J'ai découvert des gens six mois après avoir ; c'est assez bizarre de prendre un poste en plein COVID et de ne pas voir les gens. Le lien social était quand même assez impacté. Mais ça m'a permis d'avoir un prétexte pour faire un bilan de l'année qui s'est déroulée, pour voir si ce qu'on a mis en œuvre pour impulser certains choix, avait fonctionné : intervenir en prévention primaire, intervenir sur les conceptions architecturales, moins intervenir sur le travail sur écran, etc. Et ça permet tous les ans de recalibrer la stratégie. Je dois vous avouer qu'effectivement, étant seule, c'est une sacrée charge, mais c'est aussi une autodiscipline parce qu'on se fait vite happer par le tumulte des changements, des demandes, etc. Et c'est une autodiscipline de parvenir à mettre ça en débat avec les collègues. Et on a beaucoup de collègues à qui on peut faire un appel : « au secours, faut que je vide mon sac ». Et c'est heureux et c'est très important... des anciens collègues de promo, les collègues du réseau, et c'est extrêmement fort.

Auditeur 3 :

Merci pour cette présentation. J'ai compris que tu es toute seule pour 9 000 personnels. J'imagine que c'est compliqué. Imagine que demain, tu convaincs un directeur général sur le bien-fondé de l'ergonomie et qu'on te propulse responsable d'un service de 10 ergonomes. Ça serait quoi ta stratégie de développement en ergonomie dans l'établissement dans lequel tu es ? Et comment tu organiserais ton service ?

Réponse : Marjorie Vonwyl

La perspective de l'imaginer est plutôt intéressante. À la limite, j'ai tendance à un peu faire ça, à grossir le trait de ce qu'on pourrait faire si on avait une véritable équipe, de ce qu'on pourrait faire si on avait les moyens de faire correctement, de traiter correctement les demandes qu'on nous adresse... voir même de faire de la prospection, ça serait génial.

En premier lieu, je pense que la question d'outiller les transitions serait la première chose. Ensuite, il y a un vrai sujet d'accompagnement individuel de maintien dans l'emploi, de politique handicap. À l'hôpital public, on fabrique nos propres patients de demain, c'est « vertueux »... En revanche, les questions de transformation, et de questionner : comment est-ce qu'on intègre la question du travail et les conséquences des choix que l'on fait ? L'écart qu'il peut y avoir entre des choix de retirer le set papier à l'usage unique... C'est bête, mais le fait d'outiller les acteurs acheteurs qui vont faire ces choix par application réglementaire, mais en tout cas qui ne s'autorisent pas forcément, parce qu'ils n'ont pas de matières, d'arguments en fait, de contrecarrer ces choix réglementaires. Parce que l'hôpital public sait très bien faire la forte tête. S'il ne faut pas appliquer une réglementation sur un sujet donné, parce que la prise en charge soignante est potentiellement impactée indirectement par la pratique de travail qui est dégradée, les décideurs savent dire non. Donc, l'objectif serait d'outiller les transitions et d'avoir le focus sur ces questions-là pour faire du lien. Et je travaille aussi en ce sens sur les différentes stratégies pour répondre aussi à la question d'avant, de donner à avoir ce qui se joue à chacune des décisions impactantes quand il s'agit d'acheteurs, quand il s'agit de décideurs travaux... de faire du lien et de remonter les réalités de terrain.

En tout cas, je m'astreins actuellement à ça. L'objectif est de pouvoir remonter, de faire du lien systémique avec le terrain. La première approche que j'aurais, c'est de me rapprocher des managers d'équipe d'ergonome et de ceux qui ont construit ces équipes-là. Pour voir justement quels sont les écueils et quelles seraient les bonnes stratégies pour outiller les transitions. À mon sens, on ne va pas aller moins vite à l'avenir. On est déjà sur des programmes architecturaux extrêmement rapides, qui font tout en quatrième vitesse. Je ne pense pas pouvoir influencer la temporalité et si on peut faire du lien, éclairer les conséquences des différents choix, trouver les manières de faire différemment, dire qu'avant de prendre une décision drastique sur ces questions-là, peut-être faut-il que j'aie me renseigner.