

Journée SELF PARIS Sorbonne 24 juin 2015	<i>Ergonomie et Instances représentatives du personnel : quel rôle, quelle coopération en vue de développer le pouvoir d'agir des salariés ?</i>
--	--

Alexis CORRADI - Directeur Pôle Prévention/Ergonome - Service de Santé au Travail EXPERTIS (13)

Introduction : Dans un premier temps, nous développerons les aspects liés à l'intervention d'un ergonome de SSTI en relation avec les partenaires de l'entreprise. La communication sera conclue par un retour sur les débats qui ont eu lieu lors de la soirée « discussions croisées » organisée dernièrement par l'association ERGOPACA sur le thème « Ergonomie et IRP ».

A. PRATIQUE DE L'ERGONOMIE EN SSTI EN RELATION AVEC LES IRP

En préambule précisons qu'en SSTI, le positionnement de l'ergonome et incidemment le périmètre de ses interventions sont conditionnés par différents facteurs : la législation en matière de santé au travail, la relation établie entre le médecin et l'intervenant ou encore l'organisation de la pluridisciplinarité au sein de la structure. Ces aspects sont susceptibles d'influencer la relation entre le praticien et les partenaires de l'entreprise. Les éléments présentés par la suite rendent compte d'une pratique personnelle enrichie de la vision de certains des membres du réseau des ergonomes des SSTI de la région PACA. Sans être exhaustive, la démarche propose une synthèse des points de vue de ces praticiens évoluant dans différents contextes.

Dans un SSTI où plus de 70 % des entreprises adhérentes comptent moins de 10 salariés, les actions ne donnent pas lieu systématiquement à des interactions avec les IRP. Dans les structures de petite taille, l'employeur et le(s) salarié(s) concerné(s) sont les interlocuteurs « obligés » de l'intervenant. Dans les entreprises plus grandes, en principe mieux organisées sur les thématiques de conditions de travail, les interactions avec les DP ou le CHSCT sont plus régulières mais pas forcément systématiques. Les relations avec l'employeur et les instances représentatives du personnel seront développées à deux phases clefs de l'intervention : 1) formalisation préalable de la demande et 2) phase d'intervention proprement dite.

1. Formalisation de la demande

La porte d'entrée de l'intervention est généralement la direction de l'entreprise. **La relation entre le médecin du travail et l'employeur** qui est établie en amont, parfois depuis de nombreuses années, est un élément susceptible de faciliter l'action de l'ergonome. En particulier, la possibilité pour le médecin de s'impliquer dans la vie de l'entreprise (participation régulière au CHSCT, connaissance du contexte et des réalités de la structure, positionnement en tant que force de proposition, etc.) et de préparer en amont les acteurs à l'intervention permettent à cette dernière de se mettre en œuvre dans des conditions où les enjeux du médecin et de l'employeur pourront être traités de manière relativement convergente. Bien souvent c'est dans le cadre d'une relation constructive avec le médecin du travail qu'un engagement volontaire de l'employeur dans la démarche est observé.

Selon **la thématique abordée** et les enjeux qu'elle pose à la direction de l'entreprise, la définition du contenu de l'intervention est plus ou moins aisée. La mise en place d'une action sur un individu et qui renvoie à une situation identifiée dans l'entreprise (ex. maintien dans l'emploi) est généralement peu problématique. En revanche, une démarche collective touchant à la dimension organisationnelle fera davantage l'objet de réticences ou de questionnements et ce d'autant plus si des problèmes existent (tensions, plaintes, procédures en cours, etc.) qui seraient susceptibles de mettre l'employeur en responsabilité par rapport à ses obligations réglementaires. C'est à ce stade que le praticien est en principe interrogé quant aux compétences que lui confère sa discipline pour investir le champ de l'organisation du travail et le cas échéant, traiter la dimension « performance ».

Dans les pratiques recensées, **au stade de l'analyse du besoin l'interaction avec les IRP n'est pas un fait courant**. D'une part, l'intervention de l'ergonome s'inscrit dans la continuité de l'action du

médecin du travail qui a pu interagir en amont avec les DP ou le CHSCT. D'autre part, le périmètre de l'intervention peut être suffisamment « délimité » et la durée d'intervention réduite, pour que l'échange avec les IRP ne soit pas jugé prioritaire.

C'est la perspective d'une « action d'envergure » s'inscrivant sur une certaine durée qui implique le plus régulièrement des interactions en amont de l'intervention entre ergonome et IRP. Dans cette optique, **la qualité de l'échange en vue de formaliser une demande** susceptible de répondre aux enjeux des représentants du personnel dépend essentiellement de **la capacité des interlocuteurs à rapatrier des données pertinentes notamment sur les situations de travail**. Or le plus souvent nous faisons le constat de l'absence d'attentes particulières des membres élus vis-à-vis de l'intervention. Les références au contenu du travail et à la sphère organisationnelle sont relativement peu présentes dans les interactions. Régulièrement, les compétences qui permettraient aux membres de l'instance de se saisir de ces questions semblent faire défaut.

Illustrations

- *Plusieurs cas de TMS des membres supérieurs ont été identifiés dans un atelier mécanique. Le CHSCT signale qu'une action corrective a déjà été mise en place (formation gestes & postures). Alors que nous sollicitons nos interlocuteurs pour qu'ils fassent part de leurs attentes quant à une possible intervention, les investigations sur les postes en réponse aux enjeux de santé ne sont pas mentionnées.*
- *Nous proposons dans le cadre d'une étude portant sur des tours d'usinage de traiter en complément d'autres aspects, ceux liés à la sécurité par le biais de l'analyse du travail des opérateurs, le CHSCT ne juge pas la démarche pertinente puisque un organisme de contrôle vérifie annuellement la conformité des équipements.*

2. Conduite de l'intervention

L'hétérogénéité dans l'organisation des SSTI combinée à la variété des problématiques à traiter impliquent pour les ergonomes des pratiques diversifiées. En essayant de ne pas caricaturer, on peut identifier deux principaux formats d'intervention qui vont impliquer des relations particulières avec les IRP :

- **L'action de courte durée** : peu formalisée et d'une durée approximative inférieure ou égale à 5 journées. C'est le type d'intervention le plus courant pour les thématiques individuelles (maintien dans l'emploi ou aménagement de postes). Dans ce contexte où l'action de l'ergonome est ponctuelle, l'interaction avec les IRP consistera pour l'essentiel à donner une visibilité à sa démarche : comme les délais permettent rarement de rencontrer l'ensemble des acteurs, les représentants élus peuvent être employés pour « faire passer le message ». L'interaction la plus importante a lieu au terme de l'intervention lors de la réunion de restitution : ce RDV est l'occasion de laisser une trace dans un Procès Verbal de l'instance représentative qui pourra accroître les chances de suivi et de mise en œuvre d'un plan d'action. Cette réunion permet également de sensibiliser les acteurs sur la démarche mise en œuvre et les résultats qu'elle a permis d'obtenir. Principale limite identifiée en lien avec ce format d'intervention : compte tenu du peu de recul dont dispose l'intervenant par rapport aux acteurs et au contexte de la structure (historique, enjeux, etc.), il peut exister un risque de décalage avec les attentes des différents protagonistes.
- **L'action prolongée** : elle peut s'étendre sur une durée de quelques semaines à plusieurs mois et impliquer 10 journées de travail ou davantage selon l'ampleur de la demande et les latitudes dont dispose l'intervenant. Ce type d'action concerne généralement des problématiques collectives qui questionnent notamment l'organisation du travail. Plus occasionnellement l'intervention vise l'accompagnement de projets de conception, d'aménagement de locaux, etc. Ces interventions impliquent davantage d'acteurs et les facteurs susceptibles de concourir à la transformation des

situations de travail sont plus nombreuses. Selon la pratique du SSTI, ce type d'action peut être formalisé au moyen d'une proposition d'intervention et une participation financière peut ou non être demandée à l'employeur du fait du dépassement du forfait de jours mutualisés à l'ensemble des adhérents.

C'est au cours d'actions prolongées qui sont également les plus porteuses d'enjeux en matière de conditions de travail que les échanges avec les IRP ont le plus de probabilité de se développer. Les aspects traités dans la suite de cette communication renvoient essentiellement à des réflexions développées dans le cadre de ces interventions qui s'établissent sur la durée.

Dans l'intervention, nous identifions certaines limites en relation avec l'action des IRP. En particulier, **le positionnement adopté par les acteurs** peut être défavorable aux enjeux de l'action ergonomique :

- Dans un contexte de négociations entre IRP et Direction (moyens humains, compensations financières, etc.), l'intervention de l'ergonome pourra être vécue comme « cosmétique » par les représentants du personnel : « le problème c'est pas l'outil, c'est qu'on n'est pas assez nombreux au cul du camion ».
- Au sein de l'entreprise, la représentation du champ des possibles peut être figée : direction et salariés partageant le point de vue selon lequel il n'y a pas d'amélioration possible en matière de conditions de travail. Les représentants du personnel peuvent également être dans cette dynamique et ne pas jouer un rôle facilitateur dans l'optique d'une transformation de la situation : « qu'est-ce que vous voulez changer... ça fait 50 ans qu'on tire des râdeaux ».
- Une approche réglementaire sur les aspects hygiène et sécurité et davantage répandue qu'une vision prévention/santé prenant appui sur l'analyse du travail.
- Des revendications individuelles peuvent être relayées au détriment de problématiques vécues par un collectif de travail.

En fonction de la **situation du dialogue social au sein de l'entreprise**, les IRP seront plus ou moins à même de soutenir l'action de l'ergonome. Les configurations les plus facilitatrices sont les suivantes :

- *Approche constructive de la part de la Direction et des IRP.* Les deux parties collaborent et leur vision de la problématique est relativement homogène tant sur les aspects santé que sur les enjeux d'efficacité.
- *Dialogue avec tensions favorable aux conditions de travail du personnel.* Dans cette situation les tensions sont liées à des divergences entre les enjeux du management et ceux des représentants du personnel. Les acteurs sont cependant ouverts à une démarche visant à alimenter la réflexion sur la problématique au moyen d'éléments objectifs. L'action de l'ergonome pourra permettre de concilier les différents niveaux d'enjeux ou le cas échéant, l'intervenant pourra espérer prendre appui sur les représentants du personnel pour soutenir sa démarche.

➤ **Illustration** : Dans le cadre de l'aménagement d'un espace d'accueil où le personnel est confronté à des actes d'incivilité, l'ergonome suggère durant une réunion impliquant Direction et CHSCT d'ouvrir le champ des investigations au fonctionnement interne de l'institution. La Direction est hostile à la démarche considérant que le problème doit être traité par l'aménagement de l'espace, la définition de procédures et l'action sur le comportement des agents (formation, etc.). Saisissant la présentation par le CHSCT d'un incident ayant opposé le personnel d'accueil à une bénéficiaire, l'intervenant formule des hypothèses sur les causes probables de cette interaction conflictuelle et ne manque pas d'interroger les aspects liés à l'organisation. Interpellés par l'éclairage que ce questionnement serait susceptible d'apporter, les membres du CHSCT demandent et obtiennent de la direction l'élargissement du périmètre de l'action.

Les situations de dialogue entre partenaires identifiées comme les plus défavorables étant celles-ci :

- *Pilotage par la direction et posture plutôt passive des IRP.* Les instances représentatives font un usage modéré de leurs prérogatives. Les actions sont à l'initiative de la direction et l'ergonome peut se trouver isolé voire fragilisé du fait de l'absence d'engagement des IRP.

➤ **Illustration** : dans cette action portant sur la thématique des TMS, le CHSCT a été impliqué dans la démarche dès son lancement. Avant la restitution aux opérateurs, le directeur de l'usine qui était resté jusqu'ici en retrait demande à ce que lui soit présenté le diagnostic. Le document a déjà fait l'objet d'une présentation préalable au management (DRH, Responsable de production, etc.) qui en a validé le contenu. Au terme de la réunion avec le directeur du site, celui-ci décide de stopper l'intervention et de ne pas communiquer le contenu du diagnostic au personnel considérant certains aspects comme « explosifs ». Le CHSCT informé de cette décision ne prend pas position.

- **Dialogue rompu ou conflictuel au point que la situation peut nuire aux intérêts ou aux conditions de travail du personnel** (blocages, inaction, etc.). Le climat de défiance ne permet pas de mener l'action dans des conditions favorables.

Nous concluons sur les leviers, spécifiques au contexte du SSTI ou à sa pratique, que peut actionner l'ergonome de SSTI pour favoriser la transformation des situations de travail.

En lien avec les IRP, il arrive que l'ergonome accompagne les membres d'instances représentatives sur les postes de travail dans le but de les amener à appréhender l'activité de travail pour qu'ils puissent formuler une demande. Ils peuvent aussi être associés au travail d'analyse de l'ergonome quand la situation s'y prête : temps disponible pour une formation basique, postes homogènes permettant à l'intervenant de conduire son travail d'analyse et de superviser l'appropriation des rudiments de la méthode par les IRP.

Enfin, la relation avec l'entreprise adhérente et l'intervenant du SSTI est susceptible de s'instaurer sur la durée. Une structure à priori fermée à la démarche peut par le biais d'interactions régulières avec l'ergonome y adhérer progressivement. Si elle n'est pas académique, cette intervention par « petites touches » permet l'instauration d'un lien de confiance à même de faire bouger les lignes dans l'entreprise.

Illustration

Cette entreprise confrontée à une problématique RPS sollicite en premier lieu l'appui d'un consultant. Réticente par rapport à l'ampleur de l'intervention (durée prévisionnelle : 6 mois / Périmètre : ensemble des services) et à la crainte de « dérives » l'entreprise ne donne pas suite. L'ergonome du SIST sollicité par le médecin du travail développe une « démarche opportuniste » en s'appuyant sur les leviers disponibles. L'action s'étale sur 2 années, les principales étapes sont les suivantes :

- *Phase 1 : négociation du contenu de l'intervention avec la direction : « conduite d'un diagnostic dans le service dans lequel la situation est la plus préoccupante »*
- *Phase 2 : lors de la restitution des résultats aux acteurs de la « mission RPS » existante dans l'entreprise, l'ergonome fait le constat que l'instance n'a ni moyens, ni mandat, ni interactions avec les IRP. Pour qu'il puisse émerger quelque chose de concret, il invite les membres de l'instance à solliciter une « lettre de mission » auprès de la Direction.*
- *Phase 3 : Après plusieurs mois l'intervenant est rappelé pour restituer avec la « mission RPS », confortée entre temps dans ses prérogatives, les résultats de l'action en CHSCT. Rapidement, les membres de l'instance sont sensibilisés sur les aspects organisationnels qui sous-tendent la problématique RPS à laquelle est confrontée l'entreprise.*
- *Phase 4 : un travail sur les indicateurs est effectué. Ils sont suivis régulièrement en CHSCT.*
- *Phase 5 : L'ergonome propose à l'entreprise de l'aider à définir un « mini cahier des charges » dans l'objectif de solliciter un cabinet conseil pour étendre le diagnostic à l'ensemble de l'organisation. L'ergonome du SIST accompagne le projet par sa présence au comité de pilotage.*
- *Phase 6 : L'ergonome est convié aux réunions annuelles portant sur le suivi du dispositif RPS.*

En particulier, face à des IRP peu mobilisées, l'intervenant privilégiera le contact avec les interlocuteurs intéressés à différents égards par le contenu de l'action. En particulier, la Direction de l'entreprise ou le responsable HSE avec qui une relation privilégiée peut s'instaurer en lien notamment avec les enjeux de responsabilité pénale et civile. Les acteurs des services concernés au titre de la qualité, de la technique et de la gestion du personnel sont également des ressources susceptibles de solliciter notre action et de faciliter le cheminement de notre démarche au sein de la structure. En général, des relations de confiance ont pu s'établir avec les interlocuteurs de

l'entreprise (IRP comprises) à l'occasion d'interactions régulières (interventions passées, réunions de prévention organisées par le SSTI, contacts via les branches professionnelles, etc.).

B. Synthèse de la soirée ERGOPACA sur la thématique « Ergonomie et IRP »

Pour conclure cette intervention, nous présentons quelques unes des réflexions issues de la soirée discussions croisées organisée par l'association ERGOPACA le jeudi 23 avril dernier sur la thématique « Ergonomie et Institutions Représentatives du Personnel ». Les participants issus de différents métiers (consultants, ergonomes de SIST, ergonomes internes, etc.) ont émis un certain nombre de réflexions et de questionnements que nous proposons de partager à l'occasion de cette journée SELF.

1- La compétence des membres de CHSCT

Dans la plupart des entreprises, le manque de compétences des membres élus transparaît dès lors que nous quittons le terrain de l'hygiène et de la sécurité pour aborder les enjeux de prévention et de développement du pouvoir d'agir. Par ailleurs, questionner les enjeux relatifs à la performance est bien souvent tabou. Ce constat interroge en premier lieu les formations dispensées aux membres d'instances en charge des conditions de travail et de la prévention dans l'entreprise. Généralement, les contenus proposés n'intègrent pas ou bien de manière très superficielle la prise en compte du travail réel et n'offrent pas les moyens d'appropriation des méthodes d'analyse du travail.

2- Le positionnement de l'instance

Impulsé notamment par le CHSCT, le « rapport de force » au sein de l'entreprise paraît émoussé. Cette érosion est-elle en lien avec le défaut de compétences des membres élus par rapport aux problématiques qui touchent aujourd'hui les organisations ? Y a-t-il une résignation ou un assouplissement de la posture des acteurs liée au contexte socio-économique ?

Est également posée dans le cadre du projet de loi sur le dialogue social la question de la disparition de l'instance « CHSCT » en tant que telle. Qu'advient-il du rapport de force au sein de l'entreprise ? Est-ce une opportunité pour que les prérogatives du CHSCT se diffusent, en lien avec les thématiques C.E., pour questionner des sujets sur lesquels l'instance n'a pas de prise à ce jour (plans sociaux, etc.) ? A l'inverse, les problématiques propres au CHSCT vont-elles se dissoudre face aux enjeux notamment économiques : y a-t-il un risque par exemple que la compensation, y compris financière, prenne le pas sur la prévention des situations pénibles ou dangereuses ?

3- Evolution de la pratique de l'ergonomie et devenir des ergonomes

L'interaction avec les instances représentatives du personnel, fait partie intégrante du travail de l'ergonome. L'action du CHSCT est indispensable pour soutenir sa démarche et permettre en finalité la transformation du travail. Via son intervention, l'ergonome a également pour objectif de contribuer à accroître la compétence des membres de l'instance. La fusion CHSCT/CE pourrait donc avoir une incidence concrète sur la pratique de l'ergonomie.

Les réflexions portant sur le CHSCT peuvent être élargies aux enjeux actuels de la santé au travail dont le fonctionnement, au même titre que celui des IRP est également en cours d'aménagement : réduction des prérogatives du Médecin du Travail, espacement des visites périodiques, etc. Au fil des années passées, un certain nombre de praticiens de l'ergonomie ont déjà pu constater une baisse qualitative et quantitative des données disponibles auprès des médecins du travail : la diminution de cette population est un des principaux facteurs explicatifs. La poursuite des départs en retraite qui ne seront pas remplacés associée à l'éloignement prévisible du terrain de ceux qui resteront en poste

pour gérer l'urgence pose question et à terme, c'est le devenir des services de santé au travail qui est sans doute en jeu. Au-delà des moyens d'action des ergonomes de SSTI c'est la fragilisation d'une structure « prescriptrice de l'action ergonomique » et du cadre réglementaire qui sous-tend son action qui méritent d'attirer notre vigilance.

Plus globalement, les réformes en cours (ANI, loi Macron) ou à venir (Partenariat Transatlantique de Commerce et d'investissement / TTIP) pourraient conduire à une réforme profonde du monde du travail tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Ainsi des mutations se mettent en place à différents niveaux qui ne sont pas sans incidence sur l'ergonomie : velléités d'exclusion de l'analyse de l'activité des projets de normes AFNOR ; raréfaction des acteurs (médecins) ou changement dans les modalités d'interaction avec les instances (CHSCT) susceptibles de constituer des ressources dans le cadre de nos actions ; etc. La communauté des ergonomes semble appelée à faire valoir la spécificité de son point de vue sur le travail et ce par toutes voies utiles afin que celui-ci ne soit pas exclu des débats. Au-delà des spécificités de leurs métiers (consultant, ergonomiste interne, intervenant en SST, etc.) les ergonomes sont certainement amenés à faire corps autour des fondamentaux disciplinaires communs pour en assurer la pérennité. Les relations avec les donneurs d'ordres ne devront pas non plus être négligées : il importe notamment d'être davantage reconnu dans l'entreprise pour aborder les problématiques relatives aux enjeux de performance, faire la démonstration de notre capacité d'engagement sur le résultat probable des actions menées et fournir des données tangibles quant au résultat de l'intervention.