

# La pratique ergonomique quand tout pousse à l'expertise...

**Frédérique GUILLON**  
Ergonome EDF

## INTRODUCTION

Cette communication concerne donc l'intervention ergonomique courte, c'est-à-dire réalisée dans un temps court. Mais dans deux contextes spécifiques : l'expertise CHSCT<sup>1</sup> et le Diagnostic-Court de l'ANACT<sup>2</sup> qui constituent par leurs spécificités, pour les ergonomes, des cadres «pré-établis» d'intervention – et donc une forme de «prescription» pour l'ergonome.

Nous avons fait le choix de traiter ces interventions spécifiques assez généralement mal considérées dans la profession, voire même fortement contestées car l'intervention se déploie dans un temps court, et souvent dans un contexte très conflictuel. Pourtant, ces demandes sociales font partie des modalités possibles d'intervention *sur le travail*, objet du métier de l'ergonome, et méritent, à ce titre, que l'on s'y intéresse.

Cette réflexion s'appuie sur cinq interventions dans ces contextes : trois expertises CHSCT et deux Diagnostics-Courts, réalisées sur une période de deux années et demi, dans divers secteurs d'activité et à partir de questions diverses, comme le montre le tableau 1 suivant.

1 - L'expertise CHSCT est un droit ouvert aux représentants des salariés de faire appel à un expert agréé par le Ministère du travail pour les aider dans leurs missions et notamment leur permettre d'exprimer un avis sur les situations de travail et/ou sur les décisions de transformation. Ce droit existe depuis les Lois Auroux (1983), mais n'a réellement pu s'appliquer qu'en 1994. En effet, jusqu'à cette date, le droit à l'expertise qui faisait l'objet de conflit sur le principe et sur le choix de l'expert, ne parvenait pas à aboutir. Il a fallu que le Législateur, d'une part, précise dans quels cas le CHSCT peut décider d'un recours à l'expert, et d'autre part, procède à l'agrément des professionnels «experts CHSCT» pour que cette Loi parvienne à s'appliquer (à noter qu'en cas de conflit, le différend est traité directement par le Tribunal de Grande Instance). Enfin, ce décret d'application précise les délais de réalisation de l'expertise.

2 - Le Diagnostic-Court de l'ANACT est un dispositif d'intervention en entreprises plus particulièrement destiné aux PME et PMI. Afin de favoriser la réflexion et l'action sur les conditions de travail, l'Institution a organisé la mise place d'une «aide publique» (5 jours d'intervention pris en charge), «sous conditions» : associer les acteurs et notamment le CHSCT, pouvoir accéder aux situations de travail, pouvoir parler aux salariés. Cette intervention «courte» ne constitue pas une «intervention» à part entière, mais vise à «mettre les acteurs en mouvement» (voir Les Cahiers de l'ANACT : l'évaluation des D.C., 1994).

**Tableau 1 : Présentation succincte des interventions courtes**

Entreprises	Type de Demande	Objet de la demande	Réalisée par	Amplitude intervention
Equipementier Automobile	Expertise CHSCT <b>A</b>	Santé : TMS	2 ergonomes	4 mois
Industrie lourde	Expertise CHSCT <b>B</b>	Sécurité : accident mortel	1 ergonome 1 ing. H et S	11 mois
Etablissement de services publics	Expertise CHSCT <b>C</b>	Charge de travail	4 ergonomes	7 mois
Etablissement de crédit	Diagnostic-Court <b>D</b>	Espace de Travail	2 ergonomes	9 mois
Etablissement bancaire	Diagnostic-Court <b>E</b>	Charge de travail	1 ergonome	2 mois

**Commentaires :** le nombre d'intervenants intègre l'auteure (par exemple, dans le cas de l'expertise A, ce sont 2 ergonomes, y compris l'auteure, qui sont intervenus).

Le point de vue présenté a été construit à partir d'une analyse *a posteriori* de ces cinq interventions. Dans cet exposé, nous allons plus particulièrement insister sur les comparaisons pouvant être faites, en terme de pratique ergonomique, entre ces deux modalités et en rapport à l'intervention ergonomique considérée «de référence» dans la profession (Guérin et coll., 1997).

Ce texte est ainsi structuré autour de trois questions que nous avons fait le choix de privilégier :

- 1- Dans un premier temps, nous examinerons, quelles sont, en terme de pratique ergonomique, les *adaptations* ayant été adoptées dans ces cadres d'intervention, à partir des enjeux sociaux tels qu'il nous paraissent devoir être appréciés ?
- 2- Dans un second temps, nous examinerons cette fois-ci, à partir de ces expériences, quel est, de notre point de vue, *l'apport spécifique* de l'ergonomie à ce type de demande sociale ? Et comment ces interventions

«révèlent» en quelque sorte les règles de métier de l'ergonome ?

- 3- Enfin, après une présentation succincte de propositions méthodologiques à discuter, nous conclurons sur l'importance à accorder à ce type de demande sociale et ce que cela suscite en terme de discussions sur la profession.

## 1 - QUELLES ADAPTATIONS À LA PRATIQUE ERGONOMIQUE ?

L'intervention dite «courte» ne suffit pas à caractériser ces interventions qui ne peuvent être définies par leurs seules contraintes de temps.

### 1-1 La demande sociale

Entre en ligne de compte *la nature même de la demande sociale* dont les principales caractéristiques diffèrent des caractéristiques des demandes s'exprimant dans le cadre des interventions ergonomiques de référence, comme le

**Tableau 2 : La demande : différences et similitudes**

Ergonomie de référence	Expertise CHSCT	Diagnostic-Court
Concernant des problèmes de travail	Concernant des problèmes de santé / conditions de travail	Centrée sur Travail et/ou Organisation du travail
Provenant d'acteurs divers Visant transformation	Provenant des élus CHSCT Ne visant pas une transformation immédiate	Provenant de la direction Ne visant pas une transformation immédiate
Adressée à un ergonome	Adressée à un expert [ CHSCT ]	Adressée à un expert [ Institutionnel ]
Censée faire consensus	Peut faire conflit ouvert (TGI)	Censée faire consensus

montre le tableau 2 :

Dans le cas des expertises CHSCT, les demandes émanent des représentants des salariés au CHSCT, instance hétérogène<sup>3</sup> dont la vocation est de traiter des questions de santé au travail (souvent évoquées en référence aux conditions de travail). Ainsi, dans ces 3 cas d'expertises CHSCT analysés : une demande est exprimée «inter-syndicalement» et concerne l'apparition de TMS dans un atelier de production automobile, la seconde, exprimée également par l'ensemble des représentants des salariés, concerne l'examen des conditions de travail suite à un accident mortel, et enfin, la troisième, exprimée et décidée cette fois-ci par une partie seulement des représentants des salariés, concerne la charge de travail des agents d'accueil suite à la mise en place d'un nouvel outil informatique de gestion. Dans tous les cas, ce sont les représentants des salariés qui sont demandeurs. Ils centrent leurs préoccupations sur des questions de santé en lien avec les conditions de travail.

Dans le cas du Diagnostic-Court de l'ANACT, les demandes d'intervention s'adressent à l'opérateur public qui décide, selon ses critères, s'il peut ou non répondre à cette demande «d'aide publique». Dans ce cas, les demandes ne sont pas centrées sur la santé, mais sur le travail ou sur l'organisation du travail. Ainsi, concernant les deux diagnostic-courts que nous avons réalisés pour l'ANACT, les demandes ont été déclenchées pour l'une, par la DRH, suite à un projet d'aménagement d'espace de travail et pour l'autre, par la DRH sur proposition d'une organisation syndicale, suite à un conflit social qui s'est traduit par un accord entre direction et syndicats pour examiner la charge de travail présumée à l'origine de la mobilisation du personnel dans ce conflit. Toutefois pour la direction, la charge de travail référait à un problème d'organisation, alors que pour les syndicats, la charge de travail était jugée excessive par les salariés, ce qui expliquait qu'elle pouvait être considérée à l'origine du malaise exprimé lors du conflit.

Dans ces deux contextes d'intervention courte, deux aspects sont particulièrement décisifs pour l'ergonome en terme de choix de positionnement et choix méthodologiques :

1 - D'une part, ces demandes *ne s'adressent pas à un ergonome, mais à un expert*. Aucune des demandes examinées ici ne nous a été directement adressée<sup>4</sup>. Dans tous les cas, les termes de la demande et l'intervention avaient été préalablement discutés et négociés entre le demandeur et le destinataire.

2- D'autre part, ces demandes ne sont pas orientées vers la transformation des situations de travail mais vers la *compréhension du travail*. Toutefois, ces demandes se construisent sur un «potentiel de transformation» : dans le cas de l'expertise CHSCT, toutes ces demandes concernent des situations jugées problématiques ce qui laisse supposer qu'il existe une volonté de transformation visant une amélioration du rapport santé-travail. Du côté du Diagnostic-Court, l'intervention ne vise pas en soi la transformation, mais vise à convaincre l'entreprise à s'engager dans une intervention longue pour traiter les problèmes soulevés par le diagnostic-court.

D'une certaine manière, on peut dire que *la transformation n'est pas une visée immédiate* de ces interventions particulières, mais n'est pas exclue de la dynamique sur laquelle se construit la compréhension attendue par les demandeurs.

Enfin, ce type de demande se caractérise par un conflit potentiel, important dans le cas de l'expertise CHSCT entre représentants du personnel et direction (une des 3 expertises effectuées a nécessité le recours au TGI), moins «manifeste» dans le cas du Diagnostic-Court mais bien présent aussi entre salariés et représentants de la direction. En effet, certaines demandes de D.C. peuvent apparaître comme des demandes prétextes (Christol et Richard, 1994), les salariés concernés n'étant pas du tout associés à l'expression de la demande de départ, comme ce fût le cas dans les deux D.C. traités ici.

## 1-2 Les conditions d'intervention

Pour pouvoir parler des adaptations que nous avons fait le choix d'adopter dans ces contextes, il nous a semblé important, bien évidemment,

3 - Pour rappel, le CHSCT rassemble l'employeur (ou son représentant légal), les représentants des salariés (selon la taille de l'entreprise, de 3, 6 ou 9 représentants des salariés – avec une répartition syndicale en fonction des résultats aux élections de représentativité), le médecin du travail, l'ingénieur sécurité (ou «assimilé» selon les compétences existant dans l'entreprise), l'Inspection du Travail et la CRAM. Toutefois, les décisions en terme de fonctionnement de l'organisme, se prennent à la majorité et ne concernent que les membres de droit : employeur et représentants des salariés. (à noter que le CHSCT émet aussi des «avis» sur les situations de travail et/ou sur les décisions de transformation : ces avis sont exprimés également à la majorité des représentants des salariés présents)

4 - Cela ne signifie pas que ces demandes ne peuvent pas s'adresser à un ergonome directement, mais même dans ce cas, l'interlocuteur s'adresse avant tout soit à un expert CHSCT (dans le cas de l'expertise), soit à un expert de l'ANACT et son réseau (dans le cas du Diagnostic-Court).

**Tableau 3** : Les conditions d'intervention : différences et similitudes

Ergonomie de référence	Expertise CHSCT	Diagnostic-Court
Ergonome choisi (par demandeur)	Expert choisi, ergonome non choisi (par demandeur)	Expert choisi, ergonome non choisi (par demandeur)
Temps contraint négocié	Temps contraint pour partie négocié (durée)	Temps contraint pour partie négocié (amplitude)
Analyse de l'activité possible	Id.	Id.
Restitutions prévues	Id.	Id.
Association Direction-Syndicats-Salariés	Id.	Id.

de prendre acte des caractéristiques de ces demandes : c'est ce qui constitue *le cadre* dans lequel va pouvoir se déployer la pratique ergonomique.

Mais il nous a également semblé important de focaliser notre attention sur les conditions d'intervention, c'est-à-dire examiner quelles ont été les *contraintes* et les *ressources* dont nous avons pu disposer dans ces contextes particuliers et ces cadres pré-établis.

Le tableau ci-dessus (n° 3) montre les différences et similitudes existant, selon nous, en terme de conditions d'intervention, entre la pratique ergonomique réalisée dans le cadre d'une intervention ergonomique de référence et la pratique ergonomique réalisée dans ces cadres spécifiques.

Ce comparatif met en évidence les *espaces de négociation possible*, telle que la question du temps par exemple qui peut être négociée dans la durée dans le cadre de l'expertise, et dans les faits, dans l'amplitude également comme ce fut le cas dans les trois expertises CHSCT analysées ici, malgré les contraintes de délai prévues par les textes.

Dans le cas du Diagnostic-Court, la durée n'est pas négociable<sup>5</sup>, mais l'amplitude est négociable, et nous avons également pu «fractionner» ce temps disponible, ce qui a pu permettre une conduite de l'action de manière plus appropriée aux visées de l'intervention.

Mais d'autres «jeux» ont été possibles qui *témoignent des marges de liberté existant néanmoins dans ces cadres pré-établis*.

Par exemple, la forme d'association des syndicats, via le CHSCT, dans le cadre de l'expertise, a différé selon les cas. Deux éléments sont ici à prendre en compte : le cabinet d'expertise dont les modalités d'intervention peuvent être différentes. Nous avons ainsi vécu des expériences d'interventions où le CHSCT a été fortement associé à l'expertise (expertises A et C), et une autre (expertise B) où le CHSCT a été faiblement

associé, malgré notre volonté d'y remédier.

Le niveau d'association des élus CHSCT dépend aussi du rapport qu'entretiennent ces représentants du personnel avec le travail et les salariés. Ainsi, concernant ces mêmes expertises CHSCT A et C, les secrétaires de CHSCT étaient particulièrement sensibles aux questions de santé au travail, alors que dans le cadre de l'expertise B, les élus sont restés «à distance» de l'intervention conservant ainsi la distance qu'ils tenaient habituellement avec le travail.

Sans faire de «liste exhaustive» des jeux et arbitrages possibles, soulignons la question des restitutions qui ont parfois nécessité des négociations au sein même de l'équipe d'intervenants, comme dans le cas de l'expertise B, ou bien encore l'attention que nous avons prêtée à l'encadrement malgré ses réticences vis à vis de l'expertise. Nous faisons ici référence au sentiment d'ingérence que suscite assez généralement une expertise décidée par les représentants des salariés. Parvenir à associer l'encadrement au sein d'un «comité de pilotage» (issu du CHSCT) a permis dans deux de ces expertises (A et C) de faire bouger ce sentiment d'ingérence.

### 1-3 Les visées de l'intervention

Enfin, en terme de visées de l'intervention – dont on peut dire qu'elles constituent les objectifs de l'ergonome dans ces contextes particuliers – notre analyse a ainsi pu mettre en évidence que ces interventions présentaient des traits caractéristiques communs.

En effet, si ces interventions ne visent pas la transformation des situations de travail puisque

5 - L'aide publique prévoit 3 jours de terrain et 2 jours de «présentation, restitution». Cette règle n'est ni négociable ni dérogeable pour de multiples raisons, notamment pour ne pas transformer un dispositif «d'amorçage» (le Diagnostic-Court vise le «mise en mouvement des acteurs») en dispositif de traitement de problèmes. Il appartient à chaque intervenant dans ce contexte de respecter scrupuleusement cette règle.

**Tableau 4 : Les visées de l'intervention : différences et similitudes**

Ergonomie de référence	Expertise CHSCT	Diagnostic-Court
Connaissances nouvelles	Id.	Id.
Débats sur le travail	Id.	Id.
Visée formative implicite et explicite (si négocié)	Visée formative implicite	Visée formative implicite
Transformations de la Tâche	Recommandations éventuelles	Projet d'intervention longue

tel n'est pas l'objectif ni des demandeurs ni des institutions qui définissent ces dispositifs sociaux, l'intention de l'ergonomie n'est pourtant pas éloignée du cadre d'une intervention de référence, comme le montre le tableau 4 suivant.

Soulignons que pour l'ergonome, la transformation visée ne concerne pas seulement «la tâche», mais concerne aussi ceux qui exécutent, ceux qui prescrivent la tâche et ceux qui participent aux compromis sociaux desquels découle l'organisation prescrite du travail. L'objectif de transformation nécessite donc –dans tous les cas– *une transformation des représentations de ces acteurs*, à partir des connaissances produites sur le travail, objet de la demande, mais également à partir de leur réflexion et actions antérieures.

Nous pouvons donc dire que ces deux modes d'intervention engagent l'ergonome dans une double visée :

- une visée pédagogique dans l'objectif de changer les représentations premières sur le travail. Cette dimension pédagogique est particulièrement importante dans le cadre des expertises CHSCT durant lesquelles les représentants des salariés sont en situation «idéale» d'appropriation de nouvelles manière de voir le travail.
- une visée «diagnostique» dans l'objectif d'ali-

menter le débat social sur le travail et engager les acteurs dans un processus de transformation des situations qui transite par un processus de transformation des représentations premières.

## 2 - QUEL EST L'APPORT SPÉCIFIQUE DE L'ERGONOMIE À CE TYPE DE DEMANDE SOCIALE ?

A partir de ces expériences, nous avons tenté de mettre en évidence ce qui peut constituer l'apport spécifique de l'ergonomie à ce type de demande sociale – réflexion pouvant instruire les discussions sur le «poids» des cadres prescriptifs pour l'ergonome.

Le tableau 5 ci-dessous retrace les moyens ayant pu être mis en œuvre dans chacune de ces interventions et montre que ces contextes présentent assurément des atouts et des possibilités d'action pour une pratique ergonomique.

Parmi les différents apports spécifiques de l'ergonomie, nous avons fait le choix de nous arrêter plus particulièrement sur trois aspects qui nous paraissent fondamentaux en terme de pratique ergonomique et que ces interventions spécifiques révèlent : la capacité à se positionner (2.1), tenir une posture compréhensive (2.2) et,

**Tableau 5 : Les moyens mis en œuvre**

Les moyens mis en œuvre	Expertise A	Expertise B	Expertise C	D.Court D	D.Court E
Traitement de la demande	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Discussion collective / Demande et Résultats	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Examen de documents internes et externes	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Mise en place Groupe de suivi	OUI	NON	OUI	NON	NON
Collectifs de salariés	NON	OUI	NON	OUI	OUI
Observations et Entretiens	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Prise en compte des histoires de travail	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Entretiens individuels avec autres acteurs	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Diffusion du rapport aux salariés concernés	OUI	NON	NON	OUI	OUI
Discussions collectives entre intervenants	OUI	Oui, mais.	Oui, mais.	OUI	OUI

malgré le temps contraint, conserver une posture «en découverte» (2.3).

Dans ces contextes, et à partir de ces choix de positionnement, nous examinerons quels résultats ont été produits (2.4) à partir de notre analyse «après-coup».

## 2-1 La capacité à se positionner

De notre point de vue, le premier apport de l'ergonome, c'est *sa capacité à se positionner* face à la demande dont la forme invite et «pousse» à un positionnement d'expert, et dont l'objet initial n'est peut-être pas l'objet des préoccupations des salariés.

Ainsi, la capacité de l'ergonome à *résister* (Jobert, 1992) semble se heurter précisément à des difficultés qui tiennent à la nature même de ces demandes. Il nous semble pourtant que c'est sur ce point que se situe l'apport spécifique de l'ergonome.

Notons également que les Diagnostics-Courts semblent présenter moins de difficultés sur ce point compte tenu des attentes de l'ANACT d'un *traitement* de la demande de départ.

Concernant les expertises CHSCT examinées ici, cette capacité à résister dépendait aussi de la vision de l'ergonomie des cabinets d'expertise qui nous ont sollicitée : pour ces experts agréés, ce qui était d'abord attendu d'un ergonome c'est «qu'il/elle observe le travail».

La place de l'observation est ainsi admise de façon centrale dans ces deux dispositifs :

- du côté de l'expertise CHSCT, les compétences attendues de l'expert concernent ses capacités à prendre en compte le travail «concret», «réel», ce qui conduit bon nombre de cabinets d'expertise à s'entourer d'ergonomes.

- du côté du D.C., la méthodologie mise au point par l'ANACT - et qui constitue, en théorie, les règles d'intervention pour l'intervenant quel qu'il soit - prévoit de construire le diagnostic «à partir de l'activité réelle de travail».

Le tableau précédent montre ainsi que des observations et des entretiens individuels avec les salariés concernés ont été possibles dans tous les cas.

En terme de positionnement, nous avons par ailleurs, traiter systématiquement ces demandes initiales, notamment par une recherche du sens et des enjeux de ces demandes initiales, en intégrant l'histoire et le cheminement de la construction du problème posé (Guillon, 2001).

## 2-2 Tenir une posture compréhensive

Pour l'ergonomie *fondée sur une démarche compréhensive*, l'observation de faits «observables» - et donc «indiscutables» - est incontournable, mais ne suffit pas à accéder à la compréhension de ce qui se joue dans le travail. Tenir cette position paraît fondamental dans ces contextes, car il permet de «négocier» (notamment face à des cabinets d'experts qui attendent «seulement» de l'ergonome qu'il/elle «observe»), en plus de l'accès aux situations de travail, des espaces-temps permettant d'envisager des entretiens individuels, et si possible collectifs, avec les salariés - seuls susceptibles d'interpréter - avec l'ergonome - le sens pouvant être donné aux conduites observées.

Toutefois, dans la mesure où l'on considère que *l'activité n'est pas le travail réel*, ces moyens permettent certes aux experts de construire un diagnostic de situation, mais ne permettent pas de façon mécanique que les salariés s'engagent dans un *processus d'élaboration* à partir de leur propre expérience, leur vécu.

Ceci suppose d'autres conditions notamment le *statut donné à l'analyse «clinique»* de l'activité de travail.

En effet, l'activité engage la subjectivité des salariés et *son analyse* ne peut pas être «seulement» un outil au service de l'ergonomie - qui dans ce cas, tient une posture «d'expert» -, mais aussi - et surtout ? -, *un outil au service des salariés*.

Il nous semble donc important que l'analyse de l'activité constitue aussi un outil d'aide à l'élaboration par les salariés eux-mêmes d'une point de vue sur le travail et sur les liens pouvant être faits entre travail - santé - efficacité.

Ici, nous partons du principe que l'activité ne se «résume pas» à ce qui se voit et à ce qui ne se voit pas (mais qui est accessible car en lien avec ce qui se voit). L'activité concerne aussi ce que ne peuvent pas faire les salariés - ce que Clot (1999) nomme «l'activité empêchée» ou «l'activité en souffrance», ce qui suppose qu'ils puissent aussi exprimer leur rapport subjectif au travail. Ce rapport subjectif concerne aussi bien le rapport à l'objet que le rapport aux «autres» (collègues, prescripteurs/concepteurs, hiérarchie...).

## 2-3 Une posture en découverte

C'est dans l'interaction *au cours de l'observation et au cours des entretiens* individuels et collectifs que s'élabore un point de vue «sur le travail», dans une confrontation entre ergonome et salariés *où chacun tient un point de vue* à partir de ses connaissances issues de l'expertise et du vécu respectifs. Dans cette interaction, les salariés sont

invités non pas à «décrire», mais à commenter, expliquer selon eux, proposer des compréhensions de ce qui pose problème dans le travail.

Dans ces conditions, il nous semble que *l'ergonomie prend position* et contribue à donner un certain style à ces interventions en visant, par la parole des salariés sur leur travail, à *élargir leur espace d'intervention* (Clot, 2001).

C'est à partir de ce point de vue construit collectivement que l'analyse peut contribuer à élargir l'espace d'intervention des autres acteurs de l'entreprise, et leur permettre au bout du compte de mieux assumer les difficultés rencontrées dans le travail, en les engageant à la réflexion.

Dans cette optique, il est évident que les salariés ne doivent pas seulement «partager» la demande, mais être eux-mêmes demandeurs, pouvoir exprimer un point de vue sur les termes de la demande formulée au départ, être volontaires et libres de rompre leur engagement si les règles de jeu ne leur semblent pas respectées.

Ce *contrat moral informel* constitue le cadre à l'intérieur duquel l'ergonome et les salariés s'engagent et à partir duquel s'établissent les *relations intersubjectives* entre :

- les salariés qui ne sont pas les commanditaires mais les demandeurs «véritables»,
- et l'ergonome à qui sont adressées et destinées pour partie l'activité lorsqu'elle est observée, et la parole, expression du vécu.

Enfin, dans cette perspective, l'ergonome n'est pas «celui qui sait» mais celui qui «ignore» : *cette posture «en découverte»* a été, de notre point de vue, indispensable à l'expression et surtout au travail collectif d'interprétation, «co-construction» qui a supposé aussi, au fil de l'intervention, des restitutions individuelles et collectives formalisées comme des «reformula-

tions» successives des problèmes posés.

Ces restitutions ont pu prendre des formes diverses : narrations, schémas, photos, etc... Elles visaient, dans tous les cas, à rendre compte aux salariés de notre compréhension, toujours sous une forme hypothétique.

Ainsi, la construction d'une interprétation collective se réalise tout au long de l'intervention, et si possible par des réunions collectives de salariés (Teiger et Coll., 1998).

Sur ce point, comme le montre le tableau 5, nous n'avons pas toujours pu bénéficier de cette possibilité. Toutefois, même en l'absence de réunion collective «organisée», nous avons saisi des opportunités de discussion collective aux postes de travail dans le cas de l'expertise C, ou au local syndical, dans le cas de l'expertise A.

Comme on vient de le voir, *cette position nécessite l'adoption d'un point de vue sur l'activité* (Teiger, 1993). Elle nécessite également un point de vue sur la personne en situation de travail, en cohérence avec cette posture et ce mode de construction d'un diagnostic (Daniellou, 1997).

Sans développer davantage, soulignons que cette position suppose aussi un point de vue sur le métier d'ergonome (et donc des règles de métier qui constituent le «prescrit» de tout ergonome), et sur la pratique ergonomique que nous n'assimilons pas, pour notre part, ni à la pratique d'un médecin, ni à celle d'un pompier, ni à celle d'un concepteur.

Il nous semble que la pratique de l'ergonome pourrait plutôt se définir comme une pratique «d'interprétation» (Davezies, 1991), non pas comme «traducteur» de la pensée des autres, mais comme un tiers qui aide et accompagne, à partir d'un «vécu partagé», par l'écoute et la confrontation, un travail de construction ou de reconstruction du sens donné à l'engagement

**Tableau 6 : Des résultats produits ... mais aussi des limites...**

<b>1- Les Résultats Attendus - Production de diagnostics en réponse aux demandes de départ :</b>	
A : Apparition de TMS	«TMS et Equations impossibles ?»
B : Accident mortel	«L'autonomie, mythe ou réalité ?»
C : Charge de travail	«De nouveaux écrans qui font écran au travail ?»
D : Espace de travail	«Des hommes au service des hommes ?»
E : Charge de travail	«Evolution des métiers... évolution des relations Siège-Réseau ?» Des débats sur la charge de travail
<b>2- Des Résultats «Réels»</b>	Des débats sur le travail Des transformations matérielles Des transformations des pratiques, de regard sur le travail,...
<b>3- Pour l'ergonome</b>	Des enseignements sur ce type d'intervention Une analyse réflexive sur la pratique ergonomique

dans le travail.

## 2-4 Les résultats produits

Enfin, pour clore cette seconde partie, le tableau 6 présente les résultats ayant été produits dans ces interventions. Nous les avons classés dans trois rubriques : les résultats attendus, les résultats «réels», et les résultats pour l'ergonome.

Ces interventions ont d'abord produit des diagnostics correspondant au résultat attendu par les commanditaires, et que nous présentons au regard de la demande de départ. Ainsi, on peut voir le cheminement produit par l'investigation.

Par exemple, le Diagnostic-Court D dont la demande concerne au départ l'aménagement de l'espace de travail des agents du service courrier, alors que le diagnostic produit a invité les commanditaires à s'intéresser aussi au contenu du travail de ces agents confrontés à des difficultés pour gérer et faire face à des demandes de tout ordre de la part des collaborateurs – pratiquement tous cadres, contrairement à eux. Or, aucune règle explicite ne leur permettait de gérer et négocier les priorités à donner à des demandes toutes urgentes. Soucieux de «bien faire» et «satisfaire tout le monde», les agents nous ont expliqué leurs difficultés, et nous ont exprimé qu'ils ne souhaitaient pas – malgré leur faible statut dans l'établissement - être «la 5<sup>e</sup> roue du chariot», selon leurs propres termes. Le problème de l'espace, problème réel, était à lire, selon eux, dans ce contexte.

Une seconde catégorie de résultats concernent cette fois-ci les résultats pouvant être considérés «réels» : dans ce registre, nous avons inclus les débats sur le travail favorisés par l'intervention, débats qui se sont déroulés en fin d'intervention et au cours de celle-ci.

Ces débats ont tous abordé la question de la charge de travail, présente implicitement ou explicitement dans toutes les demandes. L'objectif visé a consisté à tenter de décaler le regard des acteurs d'une vision trop «quantitative» de la charge de travail.

Ainsi, par exemple, le diagnostic-court E concernait explicitement la question de la charge de travail qui conduisait régulièrement les agents à faire des heures supplémentaires que la DRH ne considérait pas légitimes et refusait de payer aux agents. Toutefois, au delà de l'aspect «quantitatif» de la charge de travail et des conflits plus ou moins larvés qu'elle générerait, nous avons également mis en discussion, à partir des observations et à partir des histoires de travail, des

questions d'arbitrages parfois difficiles à réaliser et à vivre par ces agents chargés de gérer de nouveaux produits bancaires, sans formation et expérience suffisantes, et qui posaient de véritables problèmes de relations entre le service du siège, où s'est réalisé le Diagnostic-Court, chargé de la gestion, et le réseau, chargé de «placer ces nouveaux produits».

Enfin, c'est par un examen après-coup que nous avons pu avoir un aperçu des autres effets produits par l'action et sur la pertinence de la pratique ergonomique (Hubault, 1996) dans ces contextes. Comme le montre ce même tableau, ces effets concernent des transformations matérielles et des transformations immatérielles – tel que ce témoignage du secrétaire du CHSCT de l'expertise C qui explique, deux ans après l'intervention, en terme de retombées de cette étude, qu'il y a une différence «entre ceux qui l'ont vécu et ceux qui la lisent».

Enfin, une troisième catégorie d'effets nous concerne directement et peuvent se lire dans deux registres : dans le registre des enseignements tirés sur ces modes d'intervention, et plus largement une réflexion sur la pratique ergonomique et sur les conditions nécessaires à une pratique réflexive<sup>6</sup> (à partir de laquelle peuvent se discuter les règles de métier, et donc le «prescrit» de l'ergonome, ce qui fonde «son identité»).

## 3 - QUELQUES PROPOSITIONS MÉTHODOLOGIQUES À DISCUTER...

Comme on vient de le voir, ces interventions ont produit un certain nombre de résultats, mais ont également présenté des limites du point de vue de l'action ayant pu être menée. En terme d'enseignements tirés, ces expériences nous permettent d'énoncer quelques propositions méthodologiques à discuter qui sont de nature, de notre point de vue, à permettre à l'ergonome d'adapter sa pratique sans renoncer aux fondements de la démarche ergonomique :

*Plus de temps «hors terrain»*

La première proposition concerne la question du temps : au regard de l'expérience vécue, il semble que le temps qui manque n'est pas tant celui du «terrain», mais surtout celui des espaces d'échange - entre professionnels – en dehors du terrain : ce qui manque, semble-t-il, c'est un espace de réflexion et de confrontation collectives, ce qui s'est surtout manifesté dans le

6 - Ce qui pose la question des «outils» à disposition pour une pratique réflexive (voir Lamonde, 2000).

cadre de l'expertise CHSCT. Ces espaces «hors terrain» évoquent la question d'un dispositif de «supervision» permettant à chacun de dire *ce qui fait sens pour soi, à partir du matériau recueilli et à partir du vécu de l'intervention.*

#### *Laisser «parler» les paradigmes implicites*

Une seconde proposition concerne ce que Daniellou (1992) nomme les théories spontanées ou «les paradigmes implicites» (appelés plus communément «préjugés») : il nous semble que ces dispositifs d'intervention sous forte contrainte de temps, invite à «laisser parler» ces paradigmes implicites, issues de l'expérience antérieure de l'ergonome. A condition toutefois qu'ils ne restent pas implicites et qu'ils puissent être discutés (entre intervenants). Et à condition que, dans le même temps, l'ergonome se laisse surprendre par un environnement toujours à découvrir, même s'il paraît familier.

#### *Des espaces de discussion pour les salariés*

La troisième proposition concerne la négociation d'espaces de discussions dédiés aux salariés. D'une part afin qu'ils puissent être volontaires «en toute connaissance de cause», et d'autre part, afin que l'intervention constitue une opportunité de discussions «entre eux et pour eux». Il nous semble important de souligner que si aucune intervention ergonomique ne se conçoit sans espace d'échange entre les différents acteurs de l'entreprise, par contre, les lieux d'échange collectif entre salariés sont moins systématiques. Dans les interventions courtes relatives ici, aucune n'avait préalablement prévu de lieux d'échange entre salariés.

#### *Associer étroitement des acteurs «relais»*

La quatrième proposition concerne l'implication des acteurs concernés. Au delà de leur association à un «groupe de suivi ou de pilotage», il semble que ce type de dispositif d'intervention nous invite à les associer plus étroitement (l'expertise CHSCT est un dispositif particulièrement favorable dans ce sens). Ces acteurs peuvent constituer à l'avenir des personnes «relais», notamment lorsqu'ils participent déjà à l'expression d'une controverse sur les questions posées par le travail.

#### *L'écriture du rapport par une seule personne*

Enfin, l'ultime proposition concerne l'écriture du rapport d'intervention dont il nous semble, au regard de ces expériences vécues, qu'il devrait être rédigé par une seule personne, même lorsque l'intervention est réalisée en équipe. Qui plus est, il semble que ce mode d'écriture permet – paradoxalement – de mieux rendre compte du travail collectif, car il invite nécessairement à l'échange sur le contenu, au lieu d'une «compi-

lation» d'écritures – tel que nous l'avons parfois vécu. De notre point de vue, le rapport doit être particulièrement soigné dans ces interventions. Il constitue un enjeu important pour les acteurs, en terme de trace, en terme d'éléments de *débat* pouvant se poursuivre au delà de l'intervention, et en terme de *restitution* -tout simplement- à l'ensemble des personnes rencontrées.

## EN CONCLUSION

Pour conclure, nous insisterons sur la nécessaire mise en discussion des enseignements tirés de ces expériences afin de poursuivre un débat existant déjà dans la profession :

- parmi les ergonomes et professionnels investis dans ces interventions courtes qui présentent des enjeux importants pour la profession et pour le monde du travail. Ces enjeux ont été soulignés par d'autres, tel que Le Joliff (1999), Langa et Beguin (1999), par exemple. Certains experts CHSCT expliquent notamment que l'expertise CHSCT constitue dans certains secteurs industriels à risques, les seules occasions de faire de l'analyse de l'activité<sup>7</sup>,
- parmi les acteurs sociaux animateurs et formateurs des CHSCT, et parmi les responsables syndicaux – siégeant, par exemple, au sein des Conseils d'administration de l'ANACT et son réseau,
- et enfin, si l'on considère que ces interventions spécifiques supposent des compétences particulières (Berthet, 1994), au sein des lieux de formation et d'enseignement à l'ergonomie, lieux privilégiés où peut se discuter la pratique.

La pratique ergonomique «canonique» n'existe pas : chaque intervention ergonomique a ses spécificités. Dès lors, on peut dire que l'expertise CHSCT et le Diagnostic-Court de l'ANACT, lorsqu'ils sont réalisés par un/e ergonome, constituent *une des modalités possibles du métier de l'ergonome.*

Comme nous l'avons vu au travers ces quelques expériences, ces cadres pré-construits présentent des contraintes et des ressources différentes, comme n'importe quelle demande d'intervention ergonomique, à partir desquelles des «jeux» sont possibles afin de permettre à l'ergonome de tenir une *posture de métier.*

Ne pas «boudier» ce type d'intervention, voire même les intégrer dans l'apprentissage du métier, nous paraît fondamental. En effet, ces

7 - En terme d'enjeux, voir également les bilans réalisés par le Ministère du Travail (1995)

interventions présentent des enjeux sociaux incontestables :

- dans un cas, il s'agit de demandes sociales émanant des CHSCT, et il nous semble que l'ergonomie a un rôle à jouer dans l'amélioration de la prise en compte du travail par les représentants des salariés, notamment ceux dont le rôle et la mission consistent à traiter les questions de santé au travail.
- dans l'autre cas, il s'agit, par le biais des aides publiques de l'ANACT, de tenter de faire bouger les représentations sur le travail et ses dysfonctionnements (de tout ordre) et faire un travail sur la demande sociale.

Au cœur de ces enjeux, en terme de pratique, la question du temps est importante, mais, nous l'avons vu, elle ne fait pas tout... Par ailleurs, la question du temps – et les adaptations qu'elle suppose – n'est pas spécifique à ce type d'intervention : à titre indicatif, lors d'une enquête menée par la SELF sur « la pratique professionnelle » (1996), les ergonomes indiquaient en seconde position la question du temps (« délai trop court ») comme une des onze difficultés auxquelles ils devaient faire face au cours de leurs interventions. Se pose plus généralement la question des *objectifs* qu'il est possible d'atteindre dans un temps contraint : comme on l'a vu, ni l'expertise CHSCT, ni le Diagnostic-Court de l'ANACT, ne visent de transformations immédiates. De notre point de vue, les interventions « sous contrainte de temps » supposent, dans tous les cas, de négocier les objectifs.

Dans ces contextes, certes particuliers, l'ergonomie, comme dans n'importe quelle intervention, peut contribuer, comme pratique et comme pensée, à permettre à ceux qui travaillent de « disposer de leur expérience » (Davezies (2001)). A condition toutefois que les ergonomes accomplissent aussi un travail de réflexion, dans le cadre des différentes modalités d'exercice de ce métier, permettant de discuter et construire des règles collectives permettant à chacun d'élargir sa capacité de négociation de son propre espace d'intervention.

Enfin, ces interventions spécifiques suscitent au sein de la profession des débats parfois très vifs compte tenu de ce qui caractérise les conditions d'intervention : « trop court », « trop cadré », « conflictuel », et « pas de projet de transformation immédiat » (voire même, « demandes prétextes »...). Ces caractéristiques entrent en contradiction avec une vision plus « consensuelle » et plus « pragmatique » de l'intervention ergonomique de référence. Ce qui soulève à son tour quelques questions notamment sur le conflit (le travail n'est-il pas toujours « en tension » ?), sur la demande (et sur sa « recevabilité » a priori ?) et sur la transformation (que transforme-t-on ? quand commence la transformation ?).

En définitive, quel que soit le cadre de l'intervention (cadre prescriptif par définition) qui présente toujours des contraintes (et des ressources !), ne s'agit-il pas pour l'ergonomie de préserver l'intervention du risque toujours présent de l'expertise ?

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BERTHET, M. (1994)** *Le diagnostic-court questionné par la pratique*, in Boutterin, Deltor et Guérin, Evaluation du diagnostic-court, Les Cahiers de l'Anact, pp. 51-53.
- CHRISTOL, J., RICHARD, P. (1994)** *Evaluation des Diagnostics-Courts*, in Boutterin, et coll. Evaluation du diagnostic-court, pour une évolution des pratiques et une plus grande efficacité de l'action, Les cahiers de l'ANACT, n° 1.
- CLOT, Y. (1999)** *La fonction psychologique du travail*, Le Travail Humain, PUF.
- CLOT, Y. (2001)** *Clinique de l'activité et pouvoir d'agir*, Editorial, Education Permanente, n° 146.
- DANIELLOU, F. (1992)** *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*, document de synthèse présenté en vue d'obtenir l'habilitation à diriger des recherches.
- DANIELLOU, F. (1997)** *Evolutions de l'ergonomie francophone : théories, pratiques et théories de la pratique*, in Recherche, Pratique, Formation en Ergonomie, Actes du XXXII<sup>e</sup> congrès de la SELF, Lyon, pp. 37-54.
- DAVEZIES, P. (1991)** *Éléments pour une clarification (?) des fondements épistémologiques d'une science du travail*, Communication au Colloque National de la Société Française de Psychologie, Clermont-Ferrand.
- DAVEZIES, P. (2001)** *Charge de travail et enjeux de santé, intervention au colloque «Négocier la charge de travail entre performance, organisation et conditions de travail»*, ANACT.
- GUILLON, F. (2001)** *Parole sur le travail et intervention «courte». Réflexion sur la pratique ergonomique : le cas de l'expertise CHSCT et du Diagnostic-Court de l'ANACT*, Mémoire d'ergonomiste CNAM, Paris.
- GUÉRIN, F. ET COLL. (1997)** *Comprendre le travail pour le transformer*, Les Éditions de l'ANACT, Collection Outils et Méthodes.
- HUBAULT, F. (1996)** *De la pertinence en ergonomie*, Actes du séminaire de Paris I : «Comment l'ergonomie est-elle valable ? Efficacité, responsabilité, pouvoir de l'ergonomie», Performances, Hors série, pp. 2-9.
- JOBERT, G. (1992)** *Position sociale et travail du consultant*, in L'intervention du sociologue dans l'entreprise, Education Permanente, n° 113, pp. 157-177.
- LAMONDE, F. (2000)** *L'intervention ergonomique : un regard sur la pratique professionnelle*, Octarès Éditions, Collection Travail.
- LANGA, P., BÉGUIN, P. (1999)** *L'intervention ergonomique face aux contraintes des expertises CHSCT : diversité des postures et des méthodes*, in Dossier Expertises, Performances, n° 102, pp. 28-35.
- LE JOLIFF, G. (1999)** *Les expertises au travail*, in Dossier Expertises, Performances, n° 102, pp. 17-22.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE (1995)** *Les expertises réalisées à la demande des CHSCT*, in Les Conditions de Travail en 1995, Bilans et Rapports annuels présentés devant le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, Documentation Française, Paris, pp. 191-212.
- SELF (1996)** *Enquête sur la pratique professionnelle de l'ergonomie*.
- TEIGER, C. (1993)** *L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail*, in Comprendre le Travail, Education Permanente, n° 116, pp. 71-96.
- TEIGER, C., CLOUTIER, E., DAVID, H., PREVOST, J. (1998)** *Le temps de la restitution collective des résultats de recherche dans les dynamiques de l'intervention : le cas du travail de soins à domicile au Québec*, in Temps et temps de travail, XXXIII<sup>e</sup> congrès de la SELF, pp. 739-751.