

DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL - LES PRATIQUES SYSTÉMIQUES DE L'ÉCOLE DE PALO ALTO DANS UNE PMI DE SOUS-TRAITANCE AUTOMOBILE

- PME/PMI
- Organisation de la prévention
- Automobile
- Condition de travail
- Méthodologie

► *Charles PARMENTIER,*
chargé de mission, ANACT, département
Santé et Travail, ex-chargé d'études,
INRS, département Homme au travail

AN APPROACH TO IMPROVING WORKING CONDITIONS AT SME/SMI CAR INDUSTRY SUBCONTRACTORS INSPIRED BY SYSTEMIC PRACTICES OF THE PALO ALTO SCHOOL

Implementing a prevention approach in small and medium enterprises/industries prove difficult, especially because their resources are restricted. In this example, we show how prevention specialists can take advantage of this modest size to initiate dialogue between different management levels. The operation described involved a group of 27 employees at an SMI subcontractor working in the car industry. We explain how we established working condition improvement actions in different fields, based on employee feelings on various aspects of the activity. In performing this operation, we drew inspiration from the systemic practices developed by the Palo Alto Medical Research Institute. This theoretical reference provides an interesting methodological framework for developing prevention actions, particularly in small organisations.

- SME/SMI
- Prevention organisation
- Car
- Working condition
- Methodology

Mener une démarche de prévention dans les petites et moyennes entreprises présente des difficultés, liées notamment à la faiblesse des moyens dont elles disposent. Nous montrons dans cet article comment les préventeurs peuvent tirer parti de cette taille modeste pour engager un dialogue entre les différents niveaux hiérarchiques. L'intervention présentée porte sur un collectif de 27 salariés d'une PMI de sous-traitance automobile. Nous expliquons comment, en partant du ressenti des salariés sur différents aspects de leur activité, il a été possible de mettre en place des mesures d'amélioration des conditions de travail dans plusieurs domaines. Pour la mener, nous nous sommes inspirés des pratiques systémiques en entreprise développées par l'école de Palo Alto. Cette référence théorique apporte un cadre méthodologique intéressant pour le développement de démarches de prévention, notamment à destination des petites structures.

La construction d'une démarche de prévention dans des petites et moyennes structures (PME/PMI) présente des difficultés spécifiques. La faiblesse des moyens humains, matériels et financiers, ainsi que leur forte réactivité au marché sont autant de contraintes à intégrer pour réaliser une intervention dans ces entreprises. Les démarches construites autour de diagnostics relativement lourds ou s'appuyant sur une investigation ergonomique impliquent que l'intervenant consacre un temps assez important pour comprendre la situation ; elles sont de ce fait souvent plus facilement applicables dans des entreprises de grande taille. Néanmoins, les petites et moyennes entreprises présentent des caractéris-

tiques dont les professionnels de la prévention peuvent tirer parti. Nous montrons dans cette intervention menée dans une PMI de sous-traitance automobile que la taille modeste de l'entreprise peut notamment permettre de faciliter le dialogue entre les différents acteurs.

Si la culture et la nature des tâches du secteur industriel conduisent souvent à privilégier les expertises techniques et ergonomiques pour préserver la santé et la sécurité des opérateurs, nous décrivons ici une démarche adoptant un angle d'attaque différent : nous verrons comment en partant du ressenti des salariés sur plusieurs dimensions de leur activité, il a été possible de mettre en place des améliorations d'ordre orga-

nisationnel et relationnel, mais aussi techniques et matérielles. Les dimensions psychosociales, plus rarement considérées dans le secteur industriel que dans le secteur des services, ont ainsi été abordées conjointement aux aspects plus techniques.

L'intervention a été réalisée dans le cadre des recherches conduites à l'INRS dans la thématique « santé et bien-être au travail » [1, 2]. Elle s'inscrit dans la continuité des travaux effectués sur les modèles d'action de prévention à destination des petites structures [3, 4] et constitue une illustration de démarche du type « traduction »¹, décrit par Favaro [5]. Pour la mener, nous nous sommes inspirés des pratiques systémiques en entreprise développées par l'école de Palo Alto (cf. Encadré 1). Cette référence théorique apporte un cadre méthodologique et des principes d'intervention intéressants pour le développement de ce type de démarches [6, 7].

CONTEXTE D'INTERVENTION

L'intervention a été réalisée dans une PMI de sous-traitance automobile chargée de l'usinage de différents composants métalliques destinés à la construction de moteurs. L'entreprise appartient à un groupe qui possède six unités de fabrication, en France et à l'étranger. Moins d'une centaine de salariés travaillent dans l'entreprise.

Depuis plusieurs années, la direction de l'entreprise se préoccupe du risque de TMS (troubles musculosquelettiques) des membres supérieurs pour les vingt-sept opérateurs affectés à une ligne de production impliquant des tâches d'ébavurage (limer manuellement certaines pièces métalliques pour corriger les défauts lors de la sortie du moule). Elles sont suspectées de favoriser l'apparition de ce type de TMS.

Il y a deux ans, une étude a été menée conjointement par l'entreprise et le service de santé au travail pour prévenir leur apparition en identifiant les facteurs de risques. Si cette étude a permis de mieux connaître les postures et les situations de travail qui posent problème, elle n'a pas abouti à la mise en

place de changements des conditions de travail qui favoriseraient une meilleure prévention. Les responsables de l'entreprise ont alors pris conscience de la difficulté à initier de tels changements, même minimes, ainsi que de la difficulté à les faire accepter par les salariés.

Parallèlement à ce constat, cette première étude avait montré que les problèmes rencontrés par les salariés ne se cantonnaient pas aux sollicitations physiques. L'organisation du travail, les relations entre les salariés et entre les différents niveaux hiérarchiques, l'ambiance de travail en général, apparaissaient aussi comme des facteurs de risque.

En partant de ce constat, la direction de l'entreprise a décidé d'intégrer les dimensions psychosociales dans l'intervention. L'objectif était de mettre en place une démarche qui permettrait de prendre rapidement des mesures de prévention et d'amélioration des conditions de travail, à partir des investigations déjà réalisées.

PRINCIPES D'INTERVENTION DE L'ÉCOLE DE PALO ALTO

Les recherches effectuées sur les pratiques d'interventions systémiques développées par l'école de Palo Alto ont permis de dégager des principes d'intervention transférables à certaines démarches de prévention des risques professionnels [7]. L'un des objectifs de l'intervention était de mettre ces principes [8, 9] à l'épreuve du terrain. Nous les rappelons brièvement.

LA POSITION DE L'INTERVENANT : EN RETRAIT

Traditionnellement, il est attendu d'un intervenant extérieur convoqué par une entreprise qu'il apporte des solutions en identifiant les problèmes et en proposant des techniques, des outils ou des stratégies pour y remédier. Or, dans le cadre des expérimentations menées par les chercheurs de l'école de Palo Alto, il ressort que, concernant les problèmes humains, la préconisation de solutions par une personne extérieure est dans un certain nombre de cas vouée à l'échec [9].

ENCADRÉ 1

L'ÉCOLE DE PALO ALTO

L'école de Palo Alto désigne le courant de pensée développé dans le cadre des travaux du Mental Research Institute (MRI). Ce courant de pensée tient son nom de la ville de Palo Alto, en Californie, où l'institut est situé.

Le MRI a été fondé en 1959 pour prolonger dans le domaine thérapeutique les recherches sur la communication menées par l'équipe de l'anthropologue G. Bateson.

En 1966 s'est ouvert au sein du MRI le « centre de thérapie brève », qui avait pour ambition de formaliser et diffuser les pratiques thérapeutiques originales issues des travaux du MRI. Les principes de bases de ces pratiques thérapeutiques sont :

- l'arrêt de la recherche des causes profondes des troubles pour se consacrer à la recherche des solutions ;

- la non directivité du thérapeute, qui renonce à tenir un rôle d'expert ;

- la mise en œuvre de « recadrages », qui permettent au patient de prendre du recul et de changer de point de vue sur ses troubles, notamment grâce à l'utilisation de stratégies paradoxales (prescription du symptôme par exemple) ;

- la brièveté du processus thérapeutique avec pour ambition l'amélioration de l'état du patient, même minime, la plus rapide possible.

Aujourd'hui, les recherches se sont étendues et des interventions pour résoudre des problèmes humains sont menées par les membres de l'institut dans divers contextes, notamment en entreprise.

¹ Les démarches de type « traduction » se caractérisent principalement par une adaptation optimale aux spécificités de l'entreprise, une élaboration collective des solutions et une faible asymétrie de relation entre l'intervenant et les autres acteurs (posture non experte et non prescriptive de l'intervenant). Pour plus de détails, consulter [5].

Selon les principes de cette école, l'intervenant doit s'interdire de désigner lui-même les situations problématiques et ne doit pas prescrire de solutions pour les résoudre. Son rôle est de faciliter la mise en lumière des problèmes dans un premier temps puis, dans un second temps, de solliciter les acteurs pour qu'ils proposent eux-mêmes des solutions. Il renonce à objectiver la situation et ne compare pas la structure visée par son action à un « modèle » idéal de fonctionnement.

Dans le même ordre d'idée, il ne propose pas de méthode d'intervention mais favorise la mise en place collective (co-construction) de la méthode avec les acteurs concernés, à partir de l'objectif fixé et des principes méthodologiques qu'il a exposés [10]. Les intervenants de l'école de Palo Alto donnent à cette posture de l'intervenant le nom de *position basse* [11].

LA PLACE DU DIAGNOSTIC : RÔLE DE MÉDIATION POUR ENGAGER UN DIALOGUE

Renoncer à identifier les causes des problèmes pour consacrer ses efforts à la recherche des solutions est un des principes d'intervention de l'école de Palo Alto. Son strict respect impliquerait de dédier le moins de temps possible au diagnostic, voire de s'en dispenser. Dans la pratique il est cependant difficile, sinon impossible, d'envisager une intervention de prévention sans s'appuyer sur des éléments concrets et dont l'interprétation est partagée par l'ensemble des acteurs. La réalisation du diagnostic permettant de constituer et de rassembler ces éléments, il reste souvent incontournable.

Dans une intervention systémique, il ne doit cependant pas être considéré au sens traditionnel du terme et il convient de l'envisager comme le point de départ de l'intervention, non comme le principal moyen de dégager des pistes d'action. En effet, le diagnostic, d'autant plus s'il est réalisé avec un questionnaire, est rarement suffisant pour dégager et mettre en œuvre des mesures de prévention [12, 13].

Dans cette perspective, les données sur le fonctionnement de l'entreprise et la santé des salariés doivent être récoltées en mobilisant le plus possible les acteurs et avec l'objectif d'engager un dialogue, un débat, qui permettra l'iden-

tification des problèmes vécus par ceux qui y sont confrontés et l'émergence de solutions. Nous verrons dans le déroulement de l'intervention comment ont été utilisées les données récoltées par questionnaire et par entretien lors d'une phase de mise en débat des résultats.

LES RECADRAGES

L'une des techniques les plus utilisées par les praticiens de l'école de Palo Alto est celle dite des « recadrages ». Face à un problème, une personne ou une structure ont tendance à répéter les mêmes tentatives de solutions, même si elles sont inefficaces [9]. Le but d'une intervention est de permettre aux personnes confrontées à des problèmes récurrents de prendre du recul de façon à les envisager sous un angle nouveau, pour y trouver des solutions différentes de celles mises en œuvre jusqu'alors. Pour atteindre ce but, l'intervenant doit faire en sorte que les problèmes se posent sous une nouvelle forme ou dans un nouveau contexte. Le diagnostic peut servir à cette fin si, par exemple, les résultats obtenus servent de support à un débat sur le travail. Ce concept de recadrage peut être rapproché des processus de prise de recul sur l'activité recherchés avec les techniques d'auto-confrontation [14].

LA BRIÈVETÉ

L'intervention systémique doit porter sur un objectif concret (fixé par le demandeur) à atteindre dans un délai de quelques semaines. Une action, même minime, ayant des effets positifs doit ensuite (si les conditions sont réunies) engager un cercle vertueux et participer à la mise en place d'autres actions d'amélioration. En thérapie individuelle, les praticiens systémistes « orthodoxes » se fixent un maximum de 10 séances pour résoudre un problème. En pratique individuelle comme en pratique institutionnelle, il est cependant difficile de fixer une durée conventionnelle d'intervention, puisqu'elle va dépendre des problèmes à résoudre et de la complexité de la structure abordée.

Ce caractère bref présente en soi un avantage pour les petites structures, par définition limitées dans leurs moyens. Cela implique une autonomisation rapide pour la prise en charge des suites à donner à l'intervention.

LES PRÉCAUTIONS

Deux remarques s'imposent avant de décrire le déroulement et les résultats de l'intervention.

La première concerne les conditions de prévention des risques dans l'entreprise concernée. Il est essentiel, avant de s'engager dans une démarche s'appuyant sur les principes que nous venons de décrire, de s'assurer que les mesures élémentaires de prévention des risques professionnels sont prises par l'entreprise. La position basse de l'intervenant n'est déontologiquement envisageable que si les normes réglementaires traitant de la santé et de la sécurité des salariés sont respectées. Dans le cas contraire, l'intervenant serait contraint de reprendre son rôle de prescripteur. L'entreprise dans laquelle notre démarche a été appliquée pratique une politique de prévention active et répond à cette condition.

La seconde remarque concerne l'acceptation par l'entreprise d'une démarche dans laquelle l'intervenant explique d'emblée qu'il n'apportera pas de solutions et ne proposera pas de méthode éprouvée. Les entreprises ont l'habitude de faire appel à des prestataires extérieurs pour résoudre les problèmes qu'elles ne peuvent pas régler elles-mêmes. La qualité de ces prestataires est évaluée en fonction de leur capacité à apporter des solutions et à les mettre en œuvre. Participer et consacrer un temps important à l'élaboration de la démarche avec un intervenant extérieur, sollicité pour l'accomplissement d'une mission, n'est généralement pas dans la culture des entreprises. Dans le cas que nous présentons ici, l'entreprise a facilement accepté ce principe. Une des hypothèses explicatives est que le relatif inachèvement des actions précédentes, dont la philosophie était plus classique, a encouragé l'entreprise à tenter une action plus originale.

MÉTHODE ET DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE

L'intervention s'est déroulée sur une période de six mois, entre la première rencontre et le dernier jour de présence de l'intervenant dans l'entreprise. Elle a porté sur un collectif constitué de trois équipes composées

chacune de huit opérateurs et d'un chef d'équipe. L'essentiel des actions a été réalisé sous forme d'entretiens et de réunions. L'intervention a été divisée en deux phases : une phase préparatoire et une phase de débats à l'issue de laquelle le plan d'action a été rédigé par l'entreprise (cf. *Tableaux I et II*).

LA PHASE PRÉPARATOIRE

L'objectif de cette phase était de co-construire le projet d'intervention avec les trois parties en présence : le service de santé au travail, la direction de l'entreprise représentée par le directeur des ressources humaines (DRH) et l'INRS.

Deux réunions ont permis de se mettre d'accord sur la méthode et les outils. Conformément au principe de position basse, l'intervenant a guidé les échanges mais a fait peu de propositions.

Pour permettre un débat sur les conditions de travail, il a été décidé de restituer, lors de réunions collectives réunissant l'ensemble des salariés et leurs chefs d'équipe, les résultats des études menées par le service de santé au travail (SST) depuis les deux années précédentes. Selon le souhait du service de santé au travail et de la direction de l'entreprise, il a aussi été décidé de compléter ces études, constituées d'analyses ergonomiques et de résultats de questionnaires, par une nouvelle enquête. Celle-ci s'est appuyée sur le questionnaire EVREST [15] (répondant aux objectifs du SST) et le questionnaire SATIN [16]. Ces questionnaires auto-rapportés présentaient l'avantage d'aborder des aspects variés de l'activité et de permettre des analyses diachroniques car ils avaient déjà été utilisés précédemment.

Le projet d'intervention a ensuite été présenté pour validation au CHSCT, au responsable du service (niveau n+2) et aux chefs d'équipe (niveau n+1) concernés par l'intervention. Chacun pouvait donner son avis et suggérer des modifications au projet. Cette étape permet d'impliquer et d'engager l'ensemble des acteurs dans la démarche.

Les questionnaires ont ensuite été administrés aux vingt-sept salariés par l'infirmière et le médecin du service de santé au travail, à l'occasion d'un entretien réalisé lors de la visite médicale obligatoire. Une question ouverte (reprise et développée pendant l'entretien) a per-

TABLEAU I

Étapes de la phase préparatoire

PHASE	Phase préparatoire				
ÉTAPE	Co-construction du projet d'intervention.	Choix des outils (questionnaire).	Validation du projet d'intervention par niveaux hiérarchiques décroissants + CHSCT.	Réalisation des entretiens et passation des questionnaires par le service de santé au travail.	Elaboration du document de restitution pour la mise en débat des résultats.

TABLEAU II

Étapes de la phase de débats et de mise en œuvre des actions

PHASE	Phase de débats et de mise en œuvre des actions				
ÉTAPE	Présentation du document de restitution par niveaux hiérarchiques décroissants.	Restitutions-débats par équipe : propositions d'actions d'amélioration.	Restitution-débat avec l'ensemble des 3 équipes : validation des mesures de prévention.	Rédaction du plan d'action par l'entreprise.	Validation et suivi du plan d'action par le CHSCT.

mis de recueillir des éléments qualitatifs.

Les données récoltées ont permis d'élaborer un document de restitution constitué de deux parties :

- une synthèse des résultats du questionnaire, présentés sous forme de graphiques ;

- une reprise des thèmes les plus souvent abordés lors des entretiens ou les plus problématiques d'après les résultats du questionnaire. Ces thèmes étaient illustrés par des verbatim anonymes des salariés, pour favoriser le débat (cf. *Figure 1*).

Ce document ne constituait pas un « rapport » des résultats de l'enquête et n'a pas été utilisé comme tel. Conformément aux principes d'intervention (notamment la place du diagnostic), il s'agissait d'un support permettant de mettre en débat les conditions de travail. Ici, le support a été construit à partir des résultats d'un questionnaire mais, dans un autre contexte, il aurait pu être construit à partir d'autres éléments.

LA PHASE DE DÉBATS

L'objectif de cette phase était de susciter des échanges sur les conditions de travail à partir des données récoltées à l'étape précédente, pour faire émerger des actions d'amélioration dans un processus

ascendant (de la base vers les responsables). L'ensemble des salariés appartenant au collectif visé par l'intervention a participé aux débats. Conformément aux principes qui guidaient l'intervention, tous les niveaux hiérarchiques ont à nouveau été sollicités lors de cette phase.

Le document de restitution a d'abord été présenté au directeur de l'entreprise (niveau n+3), au chef de production (niveau n+2) puis aux chefs d'équipe (collectivement). Ils ont ainsi pu prendre connaissance des problèmes qui allaient être abordés avec les salariés.

Ensuite les restitutions ont eu lieu par équipe. Cette étape était au cœur de la démarche. Étaient présents les opérateurs, le chef d'équipe, les salariés, le directeur des ressources humaines, le médecin du travail et l'intervenant de l'INRS. Ces restitutions auraient pu avoir lieu en présence des salariés uniquement, ce qui aurait peut-être davantage libéré la parole de ces derniers. Néanmoins, la proximité entre les opérateurs et leur chef d'équipe et le climat social relativement apaisé dans l'entreprise ont plaidé en faveur d'un débat conduit d'emblée en présence des responsables d'équipe et du directeur des ressources humaines.

Pour chaque thème abordé, les personnes présentes ont été sollicitées pour

FIGURE 1

Extrait du diaporama de restitution (Section thèmes, Outils de travail)

THEMES

- Outils de travail
 - Limes pas renouvelées assez souvent
 - Problème d'usure prématurée des forets et mauvais préréglage des outils dus à des outils réaffûtés
 - Problème de rupture d'outils : peu de stock
 - Je manque aussi souvent de matériel pour m'en sortir. C'est souvent du système D
 - Problèmes de matériel : soucis pour obtenir des petites fraises pour ébavurer ses pièces ou des petites pastilles pour nettoyer les BO.
 - Matériel mal géré : manque d'outillage (tournevis, clé six pans)
 - Il faut toujours attendre et pleurer pour obtenir quelque chose. Problèmes aussi au niveau qualité : parfois des pièces passent et peu de temps après ne passent plus
 - Je comprends qu'il existe un budget mais c'est parfois abusé car il manque des gants, des limes et du petit matériel
 - Il manque des outils (ce qui impute à la production)
- Propositions ?

proposer des solutions aux problèmes soulevés. Conformément au principe de position basse, l'intervenant a facilité les échanges entre les différents acteurs sans donner un avis d'expert, ni sur les points problématiques évoqués, ni sur les solutions suggérées. Des échanges parfois vifs ont eu lieu entre les acteurs, rarement d'accord entre eux. Les confrontations ont permis dans certains cas de dégager des consensus, non sur le diagnostic mais sur ce qu'il convient de faire pour changer la situation dans le sens d'une amélioration. Soulignons que la plupart des problèmes évoqués étaient des problèmes connus depuis longtemps dans l'entreprise mais auxquels les tentatives de solutions mises en œuvre jusqu'à présent n'avaient pas toujours permis de répondre.

Ces réunions ont permis d'envisager ces problèmes sous un nouvel angle : si auparavant les salariés étaient sollicités pour faire part de ce qui ne leur convenait pas dans le cadre de leur activité, ils étaient plus rarement sollicités pour y trouver eux-mêmes les remèdes. Cette façon de procéder les a amenés à reconsidérer les éléments dont ils se plaignaient (selon le principe des recadrages [9]). Au cours de ces trois restitutions l'ensemble des propositions d'amélioration ont été répertoriées, pour préparer la dernière étape de la phase de débats.

Lors de cette dernière étape, l'ensemble des salariés des trois équipes étaient présents, avec leurs chefs d'équipe, le directeur des ressources humaines, le médecin du travail et un intervenant de l'INRS. Une restitution reprenant l'ensemble des points problématiques avec toutes les solutions suggérées lors des précédentes réunions (par équipes) a été présenté comme nouveau support de débat. Des confrontations de point de vue ont encore eu lieu mais rapidement des actions d'amélioration qui faisaient l'unanimité se sont dégagées. Pour chaque point, un consensus a été recherché pour retenir les solutions les plus adéquates. L'intervenant a pris soin de vérifier que tous les salariés qui souhaitaient s'exprimer avaient pu le faire, mais n'est quasiment pas intervenu dans le débat sur les questions de fond. Afin de s'assurer du consensus, l'intervenant a sollicité les salariés pour qu'ils expriment leur éventuel désaccord avec la mesure retenue. Si les désaccords avaient été trop importants, une seconde réunion de ce type aurait pu être envisagée.

Suite à cette réunion l'entreprise a rédigé un plan d'action avec désignation d'un responsable pour chaque action prévue et un délai de mise en œuvre. Ce plan d'action a été validé lors d'une séance du CHSCT. Le directeur de l'entreprise a confié le suivi de ce plan d'action aux deux représentants du personnel élus. Un point régulier sur l'avance-

ment du plan d'action a été prévu pour les prochaines réunions du comité.

RÉSULTATS

Ils peuvent se lire à deux niveaux :
 ■ les mesures de prévention et les actions d'amélioration des conditions de travail engagées ou prévues à la fin de l'intervention ;
 ■ les apports de la démarche pour l'entreprise dans ses modes de gestion de la prévention.

MESURES DE PRÉVENTION ET D'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Il a été mis en évidence qu'un ensemble d'éléments de natures diverses (matérielle, relationnelle, organisationnelle) rendaient l'activité douloureuse, pénible ou stressante. Bien qu'elles soient d'origine très différente, ces contraintes s'additionnent et peuvent devenir des facteurs d'atteintes tant physiques (TMS, douleurs dorsales) que psychologiques (stress, anxiété, tensions, conflits, etc.) [17, 18].

Le plan d'action a été construit de manière autonome par l'entreprise, qui possédait suffisamment d'éléments suite aux débats organisés pour engager des actions. Voici les différents points contenus dans le plan d'action, classés par thèmes :

Matériel

■ Des salariés se sont plaints des chaussures de sécurité, achetées par l'entreprise, qui ne convenaient pas à tous (car inconfortables). Il a été décidé que dorénavant l'entreprise continuerait à réaliser des commandes groupées, mais que les salariés qui souhaitent acquérir un modèle différent recevraient de l'entreprise le montant normalement alloué pour pouvoir choisir eux-mêmes leurs chaussures sur catalogue.

■ Des tapis anti-fatigue étaient installés autour des postes d'ébavurage. Depuis l'intégration d'un système remplissant cette fonction dans les chaussures, ces tapis ont été retirés. Or, il est apparu pendant les discussions que ces tapis, au-delà de leur fonction de confort, permettaient d'éviter la casse des pièces métalliques qui tombaient sur le sol. Les

salariés ont demandé que des tapis similaires soient de nouveau installés autour des machines pour éviter la perte de pièces, ce qui a été pris en compte.

■ Des caillebotis anti-dérappants ont été installés dans les ateliers de l'entreprise. Ils ont été décrits comme instables et gênants pour l'exécution du travail. Un système destiné à les stabiliser devait être provisoirement mis en place en attendant l'installation, au terme d'une étude technique, de nouveaux caillebotis plus adaptés.

■ Les nouvelles limes utilisées pour l'ébavurage des pièces présentaient un défaut selon certains opérateurs (la lime trop longue cassait facilement). Au cours des débats, un des participants a montré aux autres comment raccourcir la lime afin d'éviter les casses. L'ensemble des salariés a convenu que les nouvelles limes, corrigées de ce défaut, étaient préférables aux précédentes.

■ Enfin, des problèmes au niveau des EPI (équipements de protection individuels) ont été évoqués. Les responsables de l'entreprise ont expliqué qu'ils ne pouvaient pas accéder aux requêtes personnelles de chacun des employés mais qu'ils feraient leur possible pour que ces équipements soient les plus adaptés à leurs préférences. Ce message a été compris par les salariés, qui ont renoncé à pouvoir essayer leur bleu de travail avant l'achat mais qui ont obtenu la commande de deux types de bouchons d'oreilles différents, les nouveaux ne faisant pas l'unanimité.

Poste de travail

■ Les voyants lumineux qui donnent des informations sur le fonctionnement des machines étaient jugés trop hauts et placés trop loin de l'écran de contrôle sur lequel les opérateurs doivent porter leur regard en permanence. Les fréquents mouvements de la nuque induits par cette disposition devenaient douloureux pour une majorité d'opérateurs, ce qui avait déjà été mis en évidence par l'analyse ergonomique. Après de longues discussions sur la meilleure solution à apporter pour diminuer cette contrainte, il a été décidé de placer les voyants lumineux au niveau des écrans de contrôle. Cette opération représente un coût et nécessite une étude technique qui a été lancée.

■ Le second problème concernait les postes de travail fixes en hauteur. Les salariés se plaignaient de devoir se courber (pour les plus grands) ou de ne pas être à la bonne hauteur (pour les plus

petits). L'installation d'un système de réglage pour faire varier la hauteur du poste de travail en fonction de la physiologie du travailleur devait être réalisée par les salariés eux-mêmes, qui ont proposé de la prendre en charge. Un tel système avait déjà été mis en place par l'entreprise mais les opérateurs n'avaient pas pu se l'approprier, celui-ci n'étant semble-t-il pas adapté à leurs habitudes et présentant de nombreux défauts.

Organisation

■ L'une des plaintes les plus fréquentes concernait la gestion du matériel et l'organisation de l'approvisionnement en outils de travail. Le service chargé de l'approvisionnement n'ayant pas les mêmes horaires que l'atelier, les opérateurs se retrouvaient parfois sans les outils nécessaires pour réaliser leur tâche. Il en allait de même en cas de rupture de stock. Pour pallier ce dysfonctionnement certains salariés constituaient une réserve d'outils personnelle, ce qui aggravait les problèmes d'approvisionnement et créait parfois des tensions. Il a été décidé que dorénavant chaque équipe disposerait d'un casier fermé à clef dans lequel un stock d'outils indispensables à la réalisation de l'activité serait maintenu en permanence. Ce stock devait être géré par le chef d'équipe. Avec cette action, il y a eu passage de stratégies individuelles sources de conflits à une stratégie acceptée par tous, collective et régulière.

■ Une autre action d'amélioration a concerné la résolution des pannes de machines. Parfois les opérateurs n'étaient pas en mesure de comprendre pourquoi la machine s'était arrêtée et ne savaient pas la remettre en marche, ce qui provoquait une perte de temps et du stress. Certains salariés ont proposé de rédiger un livret répertoriant les pannes les plus courantes et dans lequel l'opérateur pourrait aller chercher l'information en cas de besoin. Comme ce livret pouvait se révéler inefficace dans la mesure où les pannes qui posent problème sont justement celles qui risquent de ne pas y apparaître, il a été décidé après discussion que dans chaque équipe un ou deux référents connaissant bien les machines seraient désignés. Les opérateurs devraient s'adresser directement à eux en cas de problème.

■ Un autre problème a été soulevé : le temps de formation trop court accordé à un nouvel arrivant sur un poste de travail. Lors des débats, les responsables ont reconnu que parfois le temps d'adaptation nécessaire n'était pas res-

pecté. Les chefs d'équipe se sont engagés à prendre cette remarque en considération et la direction de l'entreprise à revoir les procédures de formation.

Dimensions Psychosociales

■ Le premier élément sur lequel ont insisté les salariés est le manque de reconnaissance. Ce constat n'était pas partagé par tous et au cours des débats une petite moitié des salariés a déclaré ne pas se sentir concernée par ce manque de reconnaissance. Aucune proposition concrète n'ayant été suggérée par les salariés, la direction des ressources humaines a décidé de réaliser un audit interne pour mieux comprendre ce que signifie l'expression de ce sentiment.

■ L'intervention s'étant déroulée dans un contexte de crise économique sévère qui a atteint l'entreprise, des réunions mensuelles d'information sur la situation interne et les perspectives à venir ont été organisées par le directeur. Ces réunions étant perçues très positivement par les salariés, ils ont demandé à ce qu'elles soient reconduites lorsque la crise serait passée. Le maintien de ces réunions au même rythme aurait demandé trop d'investissement en termes de temps dans une période de pleine charge mais la direction a consenti à organiser de manière régulière ce genre de réunion à chaque fois que des informations importantes devront être transmises. Les chefs d'équipe se verraient chargés d'en rapporter le contenu aux salariés absents et de prendre note de leurs éventuelles questions à l'attention de la direction.

■ D'autres problèmes d'ordre psychosocial ont pu être soulevés lors des débats. Des oppositions latentes ont pu s'exprimer sans violence et des échanges constructifs ont eu lieu entre les salariés et leur chef d'équipe. Sans résoudre tous les problèmes d'ordre relationnel, ces réunions où chacun pouvait s'exprimer en-dehors des situations classiques de travail ont été jugées par tous comme un moyen important et efficace de prévenir certains conflits. Il a été convenu qu'elles devraient être renouvelées (la forme restant encore à préciser).

APPORTS DE LA DÉMARCHE POUR L'ENTREPRISE

S'il est relativement facile de s'accorder sur l'identification des problèmes et parfois même sur les solutions à apporter, des difficultés apparaissent souvent lorsqu'il faut mettre en œuvre ces solu-

tions, les appliquer, et les faire accepter par ceux qui sont les premiers concernés par les mesures de prévention : les salariés. Dans cette entreprise des actions de prévention concernant ce collectif avaient été réalisées depuis plusieurs années. Un certain nombre des problèmes soulevés lors de cette intervention étaient donc déjà connus par l'entreprise mais les tentatives d'y remédier présentaient un bilan mitigé.

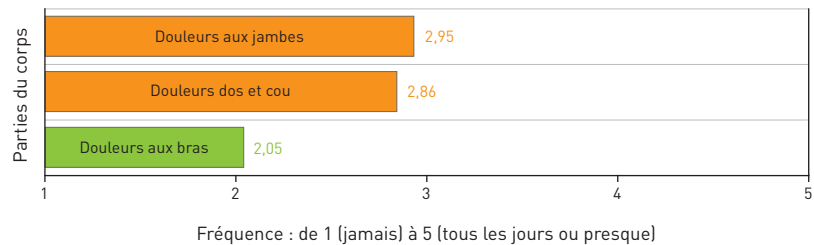
La méthode que nous avons choisie semble avoir permis à l'entreprise d'aller plus loin que lors des démarches précédentes, en faisant émerger des mesures qui ont été d'autant mieux acceptées qu'elles émanaient des salariés eux-mêmes. Leur mise en œuvre devrait s'en trouver facilitée. Un indicateur de la réussite de l'intervention est la réalisation d'actions avant même que l'intervention soit terminée (étude sur le remplacement des caillebotis, mise en place des casiers).

Les dirigeants craignaient l'apparition de TMS du membre supérieur alors que d'après les salariés (si l'on considère les réponses aux questionnaires et la confirmation lors des débats), les douleurs les plus importantes étaient ressenties dans les jambes (dues à la station debout) et dans la nuque (cf. Figure 2). Les études menées précédemment, focalisée sur le risque présumé par la direction (TMS du membre supérieur), n'avaient pas permis de mettre cette méprise en évidence. Cet exemple illustre le manque d'efficacité des méthodes n'accordant pas assez de place à l'expression des salariés.

Au-delà des actions engagées, c'est un nouveau mode de dialogue interne à l'entreprise qui a été expérimenté, si ce n'est mis en place à l'occasion de cette intervention. Les dirigeants ont pris conscience de l'intérêt d'instaurer des échanges dans un cadre non polémique entre les niveaux hiérarchiques, et de la nécessité d'adopter une démarche ascendante pour faire de la prévention, en partant du ressenti et de la confrontation des différentes représentations. Un dernier exemple vient illustrer ce point : lors d'un débat sur le réglage en hauteur des postes de travail, le directeur des ressources humaines a fait remarquer qu'un système avait déjà été installé à cette fin. Un salarié est intervenu en disant que « ce système n'avait jamais marché car ils ne pouvaient pas s'en servir ». Le DRH a alors demandé pourquoi ils ne l'avaient pas dit. Les salariés

FIGURE 2

Moyenne des réponses pour l'ensemble du collectif (n = 27) à la question : « Choisissez la fréquence qui vous correspond en vous référant aux six derniers mois : J'ai des douleurs dans les bras/dans le dos et le cou/dans les jambes. »



ont répondu que « personne ne leur avait demandé leur avis ». Le DRH a reconnu que la direction avait « sûrement fait cette erreur ».

La rédaction du plan d'action par l'entreprise de manière autonome et la suite immédiate donnée à la démarche par la réalisation d'un audit sur la question de la reconnaissance montrent que l'entreprise a la volonté de poursuivre sur la voie ouverte par l'intervention. Les petites structures ne pouvant s'autoriser l'appui de spécialistes à titre permanent, il est primordial de proposer des méthodes adaptées à leurs moyens financiers, humains et techniques. Leur autonomisation rapide est donc un enjeu important. La méthodologie employée ici, en impliquant les acteurs internes à l'entreprise dans la construction de l'intervention, devrait faciliter cette autonomisation.

DISCUSSION/CONCLUSION

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Nous avons rapidement évoqué en introduction les spécificités des PME/PMI. Il ressort de cette intervention que la taille modeste de l'entreprise a permis de mobiliser rapidement tous les échelons hiérarchiques, ce qui a facilité le passage des constats à l'action. Peu de réunions ont été nécessaires pour obtenir l'accord et l'engagement des différents acteurs, ce qui n'est pas toujours le cas dans des entreprises de plus grande taille. La proximité géographique et relationnelle entre la direction et les opérateurs, s'ajoutant à un nombre de strates hiérarchiques restreint (comparée à certains groupes industriels), a également

favorisé l'atteinte rapide de consensus pour déterminer les actions envisageables et écarter celles qui ne l'étaient pas.

Utiliser une démarche ascendante en plaçant le ressenti et l'expertise des salariés au cœur de la démarche a aussi permis d'obtenir des résultats probants. Plus que les résultats, c'est la manière d'y parvenir qui doit retenir l'attention. Les expertises ergonomiques et médicales, menées précédemment, ont été favorablement complétées par les discussions constructives qui ont animé les débats. Les décisions sur les mesures urgentes ont été relativement faciles à prendre, même si tous les problèmes ne sont pas résolus et que le travail entamé n'est pas terminé. Le fait d'élargir la démarche aux dimensions psychosociales a enrichi le débat sur les dimensions plus techniques, montrant qu'il n'était pas souhaitable dans un tel contexte de dissocier les problèmes psychosociaux (stress et tensions interpersonnelles notamment) des questions matérielles et d'organisation.

La mise à l'épreuve des principes d'intervention proposés par l'École de Palo Alto a permis de tirer quelques enseignements pour les interventions en prévention. La position basse de l'intervenant, bien qu'allant à contre courant des pratiques traditionnelles, offre des perspectives concrètes pour impliquer et mobiliser dirigeants et les salariés.

La durée pendant laquelle s'est déroulée l'intervention (six mois), le temps de présence de l'intervenant (environ vingt-cinq heures dans l'entreprise réparties en dix séances), ainsi que la mise en application des premières actions pendant l'intervention suggèrent qu'il est possible d'obtenir des résultats concrets et utiles dans un laps de temps relativement court. Une durée de quelques semaines semble envisageable.

LIMITES ET INTERROGATIONS

Concernant les résultats obtenus, plusieurs limites sont à signaler.

L'intervention n'a pas permis d'aborder ou de faire émerger tous les problèmes d'ordre psychosocial, alors que d'après le directeur des ressources humaines des difficultés existaient sur ce plan (problèmes relationnels), notamment dans l'une des équipes. Des salariés de cette équipe se plaignaient régulièrement de cette situation en privé auprès du DRH, pourtant à aucun moment, ni dans les réponses au questionnaire, ni pendant les débats, cette question n'a semblé être soulevée, même indirectement. La demande de l'entreprise ne concernait pas ce problème spécifiquement et l'objectif de l'intervention était de mettre en place une dynamique de régulation autonome. Par conséquent l'entreprise devrait avoir les moyens de régler ce genre de situation si la dynamique initiée perdure.

La pérennité des changements résultant de l'intervention n'est pas assurée. Les premiers éléments dont nous disposons (réalisation d'un audit sur la question de la reconnaissance, suivi des actions par le CHSCT, volonté de privilégier les démarches ascendantes et communications sur l'intervention aux autres entreprises du groupe) sont encourageants. On peut néanmoins s'interroger sur la capacité de l'entreprise à poursuivre seule les objectifs qu'elle s'est fixée.

Concernant le cadre méthodologique, l'expérience a montré que la position basse présente aussi des limites. L'intervenant peut difficilement adopter une posture totalement externe aux débats et non directive. Il lui faut trouver un équilibre entre l'expertise qui lui est attribuée par les autres acteurs (et leurs attentes), et les marges de liberté que lui-même doit laisser pour permettre une construction partagée de l'intervention. Il semble paradoxalement que la position basse et la non directivité ne sont possibles que dans la mesure où l'intervenant est sûr des principes auxquels il se réfère et a une idée précise du résultat qu'il veut atteindre. La façon de tenir cette position basse doit s'adapter avec beaucoup de souplesse au contexte.

Enfin il faut préciser que la méthode utilisée n'est pas indiquée pour prévenir tous les types de risques. Elle convient plus particulièrement pour traiter des problématiques d'ordre psychosocial (en instaurant un dialogue constructif dans l'entreprise), pour mettre en œuvre des mesures d'amélioration des conditions de travail, ou pour compléter une action plus classique en favorisant la mise en place des mesures de prévention. Elle ne peut pas se substituer à des actions de prévention nécessitant une expertise technique (de métrologie par exemple) ou médicale.

PERSPECTIVES

Les entreprises de taille modeste possèdent certaines caractéristiques dont les préventeurs peuvent tirer parti. La poursuite des travaux dans ce type de structures devrait permettre de mieux pouvoir les exploiter.

Les références théoriques choisies pour cette intervention ont été très peu utilisées à notre connaissance dans les pratiques de prévention. Cette mise à l'épreuve constitue une première étape dont les résultats incitent à poursuivre les recherches. Le rôle du diagnostic dans les actions de prévention de ce type, notamment, est une des problématiques qu'il faudrait approfondir. La posture de l'intervenant (experte versus non experte), et les conditions de mise en œuvre d'une co-construction de l'action sont d'autres pistes de réflexion qui peuvent poursuivre ces travaux.

Reçu le : 06/07/2010

Accepté le : 21/02/2011

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GROSJEAN V. (2005). *Le bien-être au travail : un objectif pour la prévention ?* Hygiène et sécurité au travail, ND 2223, INRS.
- [2] GROSJEAN V. (2004). *Le bien-être et la santé au travail. Position du problème.* NST 241, INRS.
- [3] FAVARO M. (1999). *La prise en charge de la sécurité dans les PME. Quelques réflexions préalables à la conception d'actions de prévention.* Hygiène et sécurité du travail, ND 2096, INRS.
- [4] FAVARO M. (2001). *Health and Safety in small firms: Elements of context and proposal.* In Safety and reliability – Esrel 2001. Eds Zio E., Demichela M., Piccinini N. Politecnico di Torino, Turin. Vol. 1, p. 47-54.
- [5] FAVARO M. (2004). *Une typologie de modèles d'action de prévention à destination des petites entreprises.* Hygiène et sécurité du travail, ND 2203, INRS.
- [6] FAVARO M. (2004). *Interventions thérapeutiques et consultance en entreprise : réflexions sur la contribution de l'analyse stratégique et systémique à l'action en santé-sécurité au travail.* Hygiène et sécurité du travail, PR 13, INRS.
- [7] PARMENTIER C. (2009). *L'approche systémique de Palo Alto. Théorie et perspectives pour la prévention des risques professionnels.* NST 278, INRS.
- [8] KELLER J. C. (2007). *La méthode thérapeutique de Palo Alto.* L'harmattan.
- [9] WATZLAWICK P., WEAKLAND J., FISCH R. (1974). *Changements : paradoxes et psychothérapie.* Traduction française : Seuil, 1975.
- [10] DRAIS E. (2007). *Du groupe projet au management de la prévention : éléments méthodologiques.* In : *Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ?* NST 270, INRS, p. 55-59.
- [11] DUTERME C. (2002). *La communication interne en entreprise : l'approche de Palo Alto et l'analyse des organisations.* De Boeck.
- [12] DAVEZIES P. (1997). *La prise en charge du stress par les professionnels de la santé au travail : impasses et perspectives.* Revue Santé et Travail n°19.
- [13] MALCHAIRE J. (2002). *Stratégie générale de gestion des risques professionnels. Illustration dans le cas des ambiances thermiques au travail.* Hygiène et sécurité du travail, ND 2165, INRS.
- [14] MOLLO V., FALZON P. (2004). *Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities.* Applied Ergonomics, 35 (6), 531-540.
- [15] LEROYERA., MOLINIÉ A-F., BUISSET C., ARCHAMBAULT C., VOLKOFF S. (2008) et les membres de l'Equipe Projet National EVREST. *Mise en place d'un observatoire pluriannuel par questionnaire en Santé au Travail : le dispositif EVREST.* Santé Publique, suppl.3, p. 49-56.
- [16] GROSJEAN V., KOP J-L., FORMET-ROBERT N., PARMENTIER C. (2008). *SATIN. Un questionnaire d'évaluation de la santé au travail pour la prévention, le diagnostic et l'intervention. Manuel d'utilisation.* NST 272, INRS.
- [17] KIVIMÄKI M. et al. (2002). *High work stress doubles risk of cardiovascular death.* BMJ Journals.
- [18] HOOGENDOORN W-E., VAN POPPEL M-N., BONGERS P-M., KOES B-W. et al. (2000). *Systematic Review of Psychosocial factors for back pain.* Spine, 25 (16), 2114-25.