



HAL
open science

Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de mobilisation collective des acteurs dans le cadre d'une politique institutionnelle de prévention

Elsa Laneyrie, Sandrine Caroly

► To cite this version:

Elsa Laneyrie, Sandrine Caroly. Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de mobilisation collective des acteurs dans le cadre d'une politique institutionnelle de prévention. Congrès du 50e anniversaire de la SELF "Ergonomie et société: quelles attentes? quelles réponses?", Aug 2013, Paris, France. pp.ST07-3. halshs-01307871

HAL Id: halshs-01307871

<https://shs.hal.science/halshs-01307871>

Submitted on 29 Apr 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Texte original*

Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de mobilisation collective des acteurs dans le cadre d'une politique institutionnelle de prévention

Elsa LANEYRIE et Sandrine CAROLY

LIP, université de Grenoble
BP 47 - 38040 GRENOBLE Cedex 9
PACTE, université de Grenoble
Elsa.laneyrie@hotmail.fr

Résumé. Le maintien dans l'emploi est actuellement une problématique majeure au sein des établissements hospitaliers eux-mêmes confrontés à d'importants enjeux économiques. Les décideurs doivent alors imaginer des modalités de prise en charge spécifiques pour des agents confrontés à des restrictions d'aptitude. Il s'agit de permettre à ces derniers de rester en emploi jusqu'à l'âge de la retraite en leur proposant des conditions de moindre pénibilité et ce, compte tenu de l'allongement de la vie professionnelle. Ce travail a pour objet d'identifier les dynamiques d'acteurs autour de cette problématique afin de repérer les leviers et freins des pratiques actuelles pour mieux comprendre les formes de travail collectifs, efficaces pour la prévention des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Cette recherche exploratoire effectuée dans le cadre d'une thèse en ergonomie permet de formuler des hypothèses sur la mobilisation collective, afin de mieux harmoniser les pratiques à l'œuvre et contribuer à positionner le maintien dans l'emploi sur un registre relevant de la prévention primaire.

Mots clés : *Maintien en emploi, prévention, mobilisation collective, travail collectif.*

Make continued employment an issue of collective mobilization of actors within an institutional policy of prevention

Abstract. Currently, continued employment is a major problem in hospitals, which are faced with economic issues. Policymakers have to design modalities of specific support for agents who suffer from disabilities. This allows them to remain in employment until retirement, by offering less arduous work conditions, given the lengthening of working life. This work aims to identify dynamics of actors around this problem and identify the levers and brakes of current practices known in order to understand effective forms of collective working for the prevention of Musculo Skeletal Disorders (MSD). This exploratory research conducted as part of a thesis in ergonomics can make assumptions about the collective effort to better align practices at work and help position the continued employment of a register under the Prevention primary

Keys words: *continued employment, prevention, collective mobilization, collective working.*

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Paris du 28 au 30 août 2013. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante : Laneyrie, E., Caroly, S. (2013). Faire du maintien dans l'emploi un enjeu de mobilisation collective des acteurs dans le cadre d'une politique institutionnelle de prévention.

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

L'organisation hospitalière est confrontée en ce début du XXIème siècle à de nouvelles contraintes s'apparentant à celles de l'entreprise (Michel, et al. 2007). Plusieurs évolutions d'ordres économiques, sociales et sociétales touchent de près le milieu hospitalier. Ainsi, l'hôpital est soumis aujourd'hui à d'importantes contraintes économiques, voire même de rentabilité, modifiant fortement le système de valeurs et de pratiques professionnelles des soignants (Krynen et al., 2011 ; Coutro, 2006, Bressol, 2004). La réforme de la Tarification à l'Acte (plan hôpital 2007) en est un exemple.

Le travail des soignants peut être considéré aujourd'hui comme relevant des critères de pénibilité au travail définis par le code du travail (article 4121-3-1): manutention, postures pénibles, travail de nuit, répétitivité, travail en équipe successive alternante. Il convient cependant de noter que les soignants sont également confrontés à un accroissement des risques psychosociaux (Jabes, 2007) alors même que ces derniers ne sont pas pris en compte aujourd'hui au titre de la pénibilité. Les établissements ont à faire face aujourd'hui à un taux d'absentéisme significatif (Vidick, 2008 ; Meuleman, 2011) et à des inaptitudes partielles (Krynen et al., 2011) mettant ainsi en difficulté la gestion des ressources humaines, voire même la qualité du service public rendu. Ceci est d'autant plus prégnant que c'est avec une population active vieillissante (Chiron, 2008) et une pénurie de personnel qu'il convient d'organiser les modalités de prise en charge des patients.

Le maintien dans l'emploi constitue ainsi une problématique majeure (El Houari et al., 2003 ; Bouchaut-Rolnin, 2004 in Herin, 2008; Herin et al., 2008) dont les enjeux sont considérables. Les décideurs sont contraints d'imaginer des modalités de prise en charge individuelle pour les agents confrontés à des restrictions d'aptitude afin que ces derniers puissent rester en emploi jusqu'à l'âge de la retraite (Ozguler et al., 2004) en leur proposant des conditions de moindre pénibilité (Escriva ; 2004 ; Sassoon, 2003 ; Caillard, 2004) et ce, compte tenu de l'allongement de la vie professionnelle. Il convient ainsi de réfléchir à moyen et long termes aux modalités de prévention primaire face à une population vieillissante (cf. article code du travail L.4121-1). D'autre part, les établissements sont soumis à l'obligation d'employer un certain nombre de personnes en situation de handicap (loi de 2005 sur l'égalité des chances et des personnes handicapées) renforçant ainsi, du point de vue de la

gestion, les contraintes d'adaptation de l'organisation aux spécificités des agents dans toute leur diversité.

Contexte

Cette recherche a été initiée dans 3 établissements : deux Centres Hospitaliers (CHV, CHVA) et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il convient, avant d'analyser les pratiques des acteurs de connaître, face à cette problématique, l'existant au sein de ces établissements face au maintien en emploi. Au sein du CHVA, il existe depuis 2006, une cellule médicale et sociale qui réunit les membres de la direction dont la DRH, la personne responsable de la formation, les syndicats, des représentants du personnel, le médecin du travail et l'assistante sociale. C'est une réunion mensuelle qui traite d'un certain nombre de situations délicates. Les dossiers sont proposés par le directeur des ressources humaines ou par les médecins du travail.

Au sein du CHV, il existe une réunion trimestrielle de reclassement durant laquelle la direction des soins, les cadres supérieurs concernés, la médecine du travail et la direction des ressources humaines sont présents. Ce lieu permet d'échanger sur les agents en difficulté et trouver ainsi des solutions. Pour les cas dits « urgents », ces acteurs prennent rendez-vous directement de façon plus informelle. De plus, afin de répondre à cette thématique un CLACT (Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail) est en cours afin d'étudier les postes possiblement aménageables au sein de l'établissement.

Au sein du CHU, plusieurs outils sont mis en place : le CIRP, un contrat de retour à l'emploi, une équipe pluridisciplinaire en santé au travail. La commission réunit tous les deux mois le médecin du travail référent, la Directrice des ressources humaines (DRH), l'adjoint des cadres à la DRH, la direction des soins, les syndicats, le médecin agréé attaché au CHU, l'ergonome et l'assistant social. Le contrat de retour à l'emploi indique les tâches que peut faire le soignant au sein du service et la durée de cet aménagement. Il est signé par l'agent, le médecin du travail, les cadres et la direction des ressources humaines mais peu utilisé. L'équipe pluridisciplinaire au sein du service de santé au travail intervient à la demande du médecin du travail. Elle est composée d'un ergonome, d'un psychologue du travail, d'infirmiers en santé travail et d'ergothérapeutes.

Problématique

Ainsi, différents dispositifs sont mis en place au sein des établissements. Ils mettent en scène des relations,

des échanges entre des acteurs convoquant un responsable, un ou plusieurs préventeurs (médecin du travail, ergonomes...) et l'agent, sans que leurs interactions ne soient spécifiées et permettent l'implication de tous en tant qu'acteurs réels de la prévention. **Ce travail a pour objet d'identifier les différentes formes de travail collectif efficace pour la prévention des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) afin de repérer les leviers et freins des pratiques actuelles.**

METHODOLOGIE

Afin de comprendre ces dynamiques notre recherche s'est centrée sur le recueil de deux types de données :

Nous avons fait des entretiens individuels (soit 31). Nous avons interrogés les personnes travaillant sur le maintien dans l'emploi dans les établissements (cf. tableau 1). La grille d'entretien, similaire pour tous les acteurs, traite de 4 principaux thèmes : le parcours professionnel de l'interviewé, ses représentations au sein de l'institution quant au maintien dans l'emploi, le ressenti de l'interviewé vis-à-vis de cet existant et enfin la façon envisagée de travailler avec d'autres professionnels au sein de l'établissement.

Tableau 1. Entretiens réalisés auprès des acteurs de trois établissements de soins.

Au sein du CHV (5 entretiens)	Au sein du CHVA (5 entretiens)	Au sein du CHU (21 entretiens)
-Médecin du travail -Infirmier du travail	Médecin du travail	-Médecins du travail (5) -Ergonome du travail -Psychologue psychothérapeutes (2)
Responsable formation continue	Attaché administratif des RH	-adjoint des cadres à la DRH
Direction des soins	Direction des soins	-Coordonnateur général des soins -Chargée de mission à la direction des soins
DRH	DRH	-Directeur adjoint de l'établissement -DRH
	Assistant social	Médecin agréé
		2 organisations syndicales
		2 cadres de proximités 2 cadres supérieurs

Dans un second temps, nous avons observé la pratique de l'ergonome du CHU lors d'interventions terrain auprès de salariés en difficultés dans leur service. Ces observations ont permis à la fois de mettre en exergue les activités de l'ergonome dans le maintien dans l'emploi mais aussi des pratiques de prise en charge différentes des médecins du travail et de l'encadrement.

RESULTATS

Nous avons choisi de présenter nos données en deux parties. Une première partie concernera les verbatim des entretiens et une seconde l'activité de l'ergonome.

I. Les entretiens

1)a) Les freins observés dans les dispositifs de maintien en emploi

Un manque de formalisation malgré la présence d'outils

Chaque hôpital gère la problématique du maintien dans l'emploi en fonction des marges de manœuvre des acteurs « l'orientation que prend le dossier dépend de la personne qui s'occupe principalement de l'agent » (direction des soins CHV), « c'est humano-dépendant » (adjoint des cadres à la DRH CHU) « je prends du temps sur mes autres missions pour avancer sur ces dossiers » (assistant social CHVA). Les acteurs interrogés ont stipulé à plusieurs reprises que peu de chose était formalisé : « on fait de l'artisanat » (attaché administrative des RH CHVA), « on fait de la broderie » (cadre supérieur CHU) « on répond plus aux urgences que l'on ne fait un travail de fond » (médecin du travail CHVA), « il n'y a pas de politique harmonisée de prévention sur l'ensemble de l'établissement » (chargé mission direction des soins CHU), « dès que l'on essaie de formaliser, il y a plein de boucles d'entrées car chaque acteur travaille comme il l'entend » (médecin du travail CHU), ce qui entraîne les acteurs à faire plutôt du correctif que de la prévention. Ce manque de formalisation tend pour certains cas à contourner des étapes cruciales (telles que la visite chez le médecin du travail) et entraîne ainsi des tensions au sein de l'équipe en charge de répondre à cette problématique « des fois on a envie d'aller droit au but » (Direction des soins CHV). Ce manque de formalisation n'est pas favorable à un travail pluridisciplinaire et ne permet pas une visibilité extérieure efficiente des rôles et missions de chacun.

Des représentations biaisées : l'herbe est plus verte chez le voisin

Les acteurs interrogés dressent un bilan plutôt mitigé de la prise en charge actuelle des agents en difficultés. La prise en charge est perçue comme plus facile au sein des CH quand ils appartiennent à un CHU et inversement. Les acteurs des CH envient les moyens financiers du CHU ainsi que les compétences disponibles : « *il nous manque une psychologue du travail, une ergonome, au CHU ça fonctionne bien* » (médecin du travail CHVA), « *dans les CH on doit tout le temps jongler nos activités, on a plusieurs casquettes et tout est urgent* » (infirmier du travail CHV). Les acteurs du CHU, quant à eux, expriment qu'au sein des CH il y a moins d'agent et une meilleure connaissance des acteurs entre eux : « *nous, on a l'impression d'avoir 23 établissements à gérer* » (adjoint des cadres de la DRH CHU), « *l'effectif d'un pôle du CHU représente l'effectif total du CH* » (DRH CHU). Les acteurs concernés par le maintien dans l'emploi, moins nombreux, peuvent mieux travailler ensemble : « *au moins tous les acteurs peuvent se mettre autour d'une table et discuter, c'est un rêve* » (psychologue du travail, CHU), alors qu'« *au CHU, il y a 6 médecins du travail, 6 façons différentes de faire* » (adjoint des cadres de la DRH CHU). Ainsi, les décisions peuvent se prendre plus rapidement « *le CHU c'est un gros paquebot, tout est lent* » (psychologue du CHU).

Des acteurs en difficulté face au maintien dans l'emploi

Les acteurs ne semblent pas avoir beaucoup de moyens pour trouver des solutions, « *c'est tellement compliqué, actuellement on propose des bilans de compétences mais on n'a pas de solutions de retour ferme à l'emploi* » (DRH CHVA), « *même en formation sur le maintien dans l'emploi on ne trouve pas de solution* » (adjoint des cadres à la DRH CHU), « *il y a de plus en plus d'agents malades et de moins en moins de possibilité pour les aider* » (Médecin du travail du CHU), « *un temps plein sur cette question serait vite débordé* » (Adjoint des cadres à la DRH CHU).

De plus, les difficultés financières apparaissent comme un obstacle important « *on restreint tout* » (adjoint des cadres DRH CHU), « *on nous demande de faire plus avec moins de moyens mais toujours plus de pression* » (cadre supérieur CHU), « *les hôpitaux sont en mode serrage de vis en ce moment* » (médecin du travail CHV), « *le fonctionnement est*

schizophrénique, on veut les 6% mais on ne veut pas d'agent malade » (adjoint des cadres DRH CHU).

Plusieurs d'entre eux ont exprimé une lassitude, « *ça fait des années que l'on travaille dessus, sans jamais avancer* » (médecin du travail CHU), « *on a souvent les mêmes dossiers qui repassent lors des réunions, il faut l'avouer on ne sait pas quoi faire de certains agents, on se renvoie le bébé* » (cadre supérieur CHU), « *on a de plus en plus de postes pathogènes. Les gens vieillissent au travail, et étant donné les patients actuels on ne peut pas passer 40 ans à faire des toilettes* » (médecin du travail CHV), « *ce qu'on a en commun entre nous c'est le brouillard* » (adjoint des cadres DRH CHU). Chaque acteur, quel que soit sa fonction, semble démuni pour trouver des solutions par rapport à la situation de l'agent.

Des directions qui ne s'inscrivent pas dans la durée de l'action

Les directeurs changent d'établissement très régulièrement (environ tous les 5 ans) « *on a changé en 10 ans, 8 fois de directeur* » (médecin du travail CHU), « *tous les directeurs ont changé dont la DRH* » (assistant social CHVA). Cette instabilité ne permet pas d'inscrire l'établissement dans des projets sur le long terme dans le maintien en emploi « *on informe les nouveaux directeurs avec toujours beaucoup d'enthousiasme sur ce qui est mis en place et ce que l'on souhaiterait faire et si on tombe sur un directeur qui a envie de bouger les choses, on croise les doigts pour qu'il reste en poste,* » (adjoint des cadres DRH CHU), « *on a réfléchi, construit des outils mais on attend que la direction les porte maintenant* » (médecin travail CHU), « *il faut attendre la vague, ça ne sert à rien de proposer quelque chose si ça ne vient pas de la direction* » (médecin du travail CHU « *il faut profiter de projets ministériels comme l'ANAP pour impulser une dynamique* » (psychologue du travail du CHU).

Une diversité d'acteurs

Les acteurs en charge de cette thématique se sont souvent plaints de manquer de temps, de légitimité pour intervenir. En effet, les acteurs se disent souvent débordés et ont peu de temps : « *on est trop sollicité, on ne sait plus quoi proposer* » (responsable formation continue CHV). De plus, il a été souligné la difficulté de mettre en exergue sa valeur ajoutée « *je voudrais être vu comme une partenaire et non comme une concurrente* » (psychologue du CHU), « *il faut vraiment trouver sa place sinon on a*

l'impression d'être inutile » (ergothérapeute du CHU).

Le secret professionnel est une limite au partage d'informations pour les médecins du travail et les psychologues du travail « *on est souvent à la limite de ce que l'on peut dire* » pour un médecin du travail. Une cadre disait « *les médecins ne pourraient-ils pas nous appeler plutôt que de faire des certificats qui ne veulent rien dire, ils ne pourraient pas plutôt écrire ce que peut faire l'agent, ça nous aiderait sans doute plus* » (cadre supérieur du CHU). Les acteurs du CHU se plaignent d'un manque de pilote « *il manque un chef d'orchestre* » (médecin du travail CHU), d'un manque de coordonnateur « *on a besoin que quelqu'un prenne des décisions* » (médecin du travail CHV). Les acteurs se plaignent de ne pas avoir de mission claire, établie sur cette thématique « *les personnes font ce qu'elles veulent, les agents ne comprennent plus rien* » (adjoint des cadres RH CHU), « *on a essayé d'uniformiser nos pratiques mais ça a été refusé en bloc de peur de perdre notre individualité* » (ergonome CHU).

2)a) les ressources observées dans les dispositifs de maintien en emploi

Une communication informelle, source de régulation

Les acteurs interrogés ne travaillent pas seulement ensemble pour le maintien en emploi. Ils se rencontrent régulièrement. Ils ont ainsi l'occasion de pouvoir échanger à la fin d'une réunion de façon informelle, lors d'une pause café, dans les couloirs d'un service... « *on échange dans les couloirs souvent entre deux rendez-vous* » (médecin du travail CHV), « *plusieurs fois par jour on communique, on n'a pas besoin de réunions* » (chargé mission direction des soins CHU). Des liens se tissent souvent déterminés par le positionnement géographique des acteurs. Par exemple, nous observons lors des CIRP (CHU) que les médecins restent souvent entre eux, tandis que le chargé direction des soins travaille très étroitement avec le médecin agréé.

Travail collectif et collectif de travail

L'ensemble du personnel interrogé dit se sentir « *seul face à des situations difficiles* » (attaché administratif des RH CHVA). Selon ces acteurs, travailler en collectif nécessite « *des objectifs communs* », « *des temps communs de rencontre* » afin que chacun puisse apporter sa plus-value, « *ses compétences* ». Il semble qu'émane une demande de travailler en collectif. Ce travail nécessite la prise de conscience de l'autre « *on a des formations différentes donc pas*

les mêmes ressources par rapport aux situations » (adjoint des cadres DRH CHU), « *mon cerveau donne de l'énergie à un autre, un autre m'en donne etc.* » (ergonome du CHU). Or, plusieurs d'entre eux font part de dysfonctionnements de communication, un manque de connaissance des acteurs entre eux, « *il est nécessaire de se faire confiance, de poser les choses* » (ergothérapeute CHU).

II. Exemple d'un cas concret: la pratique d'un ergonome du CHU face à un agent ayant des restrictions d'aptitude

L'intervention de l'ergonome fait suite à la sollicitation du médecin du travail qui valide ensuite l'intervention. Cette sollicitation dépend de la volonté de chacun des médecins du travail.

Il est difficile de formaliser le rôle de cet acteur tellement dépendant du contexte. Voici cependant quelques généralités: pour un cas de restriction d'aptitude, le médecin du travail avertit l'agent que l'ergonome va venir le rencontrer dans son service. L'ergonome prend contact par mail avec le cadre afin de connaître le planning de l'agent. Une fois le rendez-vous pris, le cadre prévient l'agent de la venue de l'ergonome. En cas de situation complexe, l'ergonome s'entretient avec le cadre. Ce préventeur vient observer le travail de l'agent au sein de son service. Un entretien peut être réalisé avec cet agent dans un second temps. L'ergonome observe l'activité de l'agent mais aussi les co-activités. A ce titre, il est souvent interpellé par l'agent concerné mais aussi par d'autres membres de l'équipe, le cadre... il interroge aussi l'équipe lorsque des difficultés sont observées. L'ergonome est vu comme une personne ressource qui va résoudre le problème de l'agent. Ce préventeur, de part sa présence, et sa profession crée un espace de parole pour les soignants.

A la suite de ces observations, une synthèse est réalisée et une fiche de poste détaillée est discutée. Cependant, si la situation est jugée complexe par les acteurs (difficulté entre l'agent et l'encadrement, agent démotivé, absence de poste...) ils doivent utiliser le contrat de retour en emploi. Ce dernier nécessite de réunir tous les acteurs concernés et définit les modalités de prise en charge et de suivi. Cependant, ce dispositif reconnu institutionnellement, prend plus de temps et est plus coûteux en termes de disponibilité. Ainsi, les acteurs surchargés notamment les médecins du travail ne souhaitent pas forcément utiliser cet outil. La deuxième alternative est beaucoup moins prescrite. Un bilan de la situation est

souhaité avec l'ensemble des acteurs. Cependant, compte tenu de la difficulté de réunir l'ensemble des acteurs, l'ergonome rédige une synthèse à l'intention du cadre voire de la DRH (informations formelles) et un autre document pour le dossier médical du patient (éléments relevant du secret professionnel).

Le rôle et le cadre d'intervention de l'ergonome ne sont pas toujours bien compris. Il arrive que des cadres, voire même des cadres supérieurs, demandent directement à l'ergonome d'intervenir sans passer par le médecin. Ceci peut être dû à une volonté de gagner du temps, mais aussi à une méconnaissance du rôle du médecin du travail, à sa place institutionnelle dans ce dispositif. En effet, une multitude de médecins expertise l'agent. Certains acteurs ont des difficultés à le distinguer de l'ergothérapeute "*j'ai vu l'ergothérapeute, on a pu faire le point sur ce que je pouvais faire ou pas*".

Nous avons suivi une dizaine de situation traitée par l'ergonome du CHU et avons choisi d'en présenter une représentative des difficultés observées quotidiennement par les acteurs. L'encadré 1 (réunion de suivi) présente une partie de rendez de suivi d'agent (une aide soignante ayant 22 ans d'ancienneté) actuellement en mi-temps thérapeutique dans le cas d'un contrat de retour à l'emploi. Cet agent a eu des problèmes de santé important et n'a pu reprendre son poste de nuit.

Encadré 1. Réunion suivi

Les acteurs présents: cadre, agent, ergonome, cadre supérieur et cadre supérieur de la direction des soins, médecin du travail

Ergonome à l'agent: comment vous sentez vous? y a t'il eu des améliorations?

Agent: y a des trucs que je ne peux pas faire, surtout la manutention lourde

Cadre: (*elle donne la fiche de poste à l'agent*), alors X il faut que tu évalues ce que tu peux faire ou ce que tu peux faire à 2 ou pas du tout.

Agent:(*agent lit la fiche de poste*) je ne peux pas remonter un patient dans son lit

Cadre: et oui sinon c'est toujours l'autre qui force

Agent: je peux faire des choses mais je ne les finis pas

Cadre: vous voyez j'ai besoin d'un troisième agent le matin. Comment je répartis le travail je ne peux pas laisser les grabataires toujours au même! Au niveau du collectif la solidarité a des limites!

Agent (*continue de lire*), enclencher le chariot repas je ne peux pas le faire c'est trop dure

Cadre: ce n'est pas qu'un geste, c'est la globalité du soin et après on parle de qualité mais on propose une prise en charge parcellée du patient

Cadre supérieur: vous ne pouvez faire aucune manutention de patient?

Agent: pourtant j'ai essayé, je vais même deux fois par semaine chez le kiné

Médecin du travail: il faut que je change la fiche

Ergonome: il faut que l'on se revoit

Cadre supérieur: j'ai l'impression de faire du vélo dans du sable

Ergonome: les AS en mi- temps thérapeutique ne sont elles pas comptés en plus?

Cadre: oui mais les absents ne sont pas remplacés, qu'est ce que je peux faire d'une AS sans manutention, on ne peut même pas la passer de nuit

Médecin du travail: il n'y a pas de solution miracle!

Cadre: que mon équipe s'épuise tout le monde s'en fiche. Cet été j'ai deux ETP (équivalent temps plein) en moins je fais comment?

Ergonome: vous ne pouvez pas demander un geste à la direction ?

Cadre sup direction des soins: on va bien te rapatrier des agents? (regard vers la cadre sup)

Cadre sup: non il manque du monde de partout, je vais être obligé de fermer des lits

Cadre sup direction soins: on a demandé au niveau de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux) que ces agents soient comptés en sureffectif.

Cet extrait de réunion, animé par l'ergonome montre l'impuissance ressentie des acteurs face à une situation complexe chacun restant sur ses problématiques. Ce passage illustre comment d'une situation individuelle (maintien en emploi d'un agent), une discussion basée sur l'organisation du travail peut émerger (gestion de l'absentéisme). Ainsi, l'ergonome est interrogé non pas sur des questions d'outils mais d'organisation du travail afin de compenser le manque d'effectif. Comment s'organise-t-on collectivement pour traiter de la charge de travail? Nous pouvons observer dans cet exemple qu'il est difficile de trouver des solutions.

DISCUSSION

Cette analyse fait apparaître différents freins et leviers aux pratiques de travail collectif des acteurs de la prévention des TMS.

Nous avons pu identifier les freins suivants : les acteurs ne connaissent pas la spécificité du rôle de chacun, ce qui entraîne des représentations parfois erronées. Des contraintes en termes de moyens humains, financiers et temporelles ont pu être mises en exergue. Ceci étant renforcé par le fait que les directions d'hôpitaux sont mouvantes: Il est alors difficile d'inscrire des projets institutionnels dans la durée. De plus, il semble qu'il y ait peu d'échange entre les professionnels d'établissements différents concernant les dispositifs mis en place sur le maintien dans l'emploi.

Les leviers identifiés sont les suivants : les acteurs en charge du maintien dans l'emploi semblent impliqués, avoir envie de travailler ensemble et sont sources de propositions. Ils semblent communiquer et ce par des voies informelles. Ainsi, plusieurs pistes sont à explorer pour favoriser une politique préventive où le maintien dans l'emploi prend toute sa place.

Le premier point est relatif à la clarification du rôle des acteurs. Les professionnels sont amenés à travailler ensemble sur d'autres projets. Les missions des acteurs ne sont pas formalisées (ARACT, 2008), ni verbalisées. Nous préconisons alors des espaces pour débattre sur le travail (Daniellou, 1998). Ceci nécessite alors l'instauration de temps d'échanges collectifs durant lesquels des questionnements rigoureux et méthodologiques pourront être abordés (Maresca et al., 2011). Chaque acteur pourra ainsi mieux comprendre les ressources et les empêchements des autres. Cela participera à co-construire leur travail collectif et à mieux définir leur rôle préventif au sein de l'institution. Dans le cadre de cette recherche, nous avons mis en place une réunion de travail avec les préventeurs du CHU. Nous avons pu constater de la richesse des débats: les acteurs ayant pu échanger sur leurs pratiques, leurs écarts, et interrogations. L'ensemble des acteurs concernés par cette problématique n'est jamais réuni pour discuter collectivement de ce qu'ils souhaitent mettre en place.

Le manque de formalisation du dispositif de maintien dans l'emploi au sein des établissements (Baril et al., 2001 ; Herin, et al., 2008 ; Jabes, 2007) ne permet pas aux différents acteurs d'identifier les ressources nécessaires à l'intervention et de légitimer la position de chacun des acteurs. Les acteurs interrogés ont

exprimé à plusieurs reprises une lassitude vis-à-vis de cette problématique. Plusieurs se sentent seuls, peu soutenus, ni même reconnus. C'est en permettant à ces acteurs de travailler ensemble que pourra se développer un collectif de travail, ressource et mobilisateur à l'égard de la qualité de vie des agents au travail (Caroly et al., 2004).

Le troisième point est relatif au rôle des soignants dans ce dispositif préventif devant être perçu comme des ressources. Il est nécessaire de remettre au centre de ce dispositif l'agent comme réel acteur de prévention (Ozguler et al., 2004 ; Jabes, 2007) pouvant agir sur le développement de ses compétences et concevoir son parcours professionnel. Les agents interrogés ont d'ailleurs déplorés ne pas avoir été plus acteur stipulant recevoir par courrier des décisions les concernant "lorsque tout le monde a décidé pour lui". Une démarche participative avec l'agent, l'équipe et les cadres semble primordiale.

De plus, les dispositifs de maintien dans l'emploi ne peuvent fonctionner si le regard des professionnels ne se centrent que sur l'approche individuelle des situations de travail, une approche stratégique serait ainsi individuelle et collective (Michel et al., 2007) permettant aux acteurs de faire des liens avec d'autres projets en cours dans les services. Ce temps d'intervention pourrait par exemple permettre aux médecins du travail de réaliser leur tiers temps. L'enjeu de l'ergonomie se trouve ainsi entre cette dialectique individu/ organisation. Entre pouvoir débattre, pouvoir agir et pouvoir penser (Daniellou, 88), le développement des marges de manoeuvre des acteurs semble pertinent. C'est justement ce que l'ergonome essaye de faire au quotidien en permettant aux équipes de s'exprimer collectivement sur les difficultés rencontrées: la difficulté d'un agent devient alors souvent collective.

CONCLUSION

Il nous paraît ainsi nécessaire face à la problématique du maintien en emploi d'instaurer des lieux de débat sur la politique institutionnelle souhaitée au sein des établissements de santé. Ces lieux permettront à la fois de mobiliser les acteurs, mieux comprendre la valeur ajoutée de chacun et créer ainsi un collectif de travail régénérateur.

Nous tenons à remercier la CNRACL, Régis De Gaudemaris, Alexis Descatha, ainsi que toutes les personnes ayant accepté de répondre à cette enquête.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail de l'Aquitaine (2008). *Maladies chroniques évolutives: une nouvelle approche*. Bordeaux : Baradat, D., Buisson-Vallès, I., Dalm, C., Martin, C., Mercuriali, F. & Pionnier, M. Repéré à l'URL :http://aquitaine.aract.fr/images/DocsMCE/mce_guide_2008.pdf

Baril, R., Berthelette, D., Ross, C., Gourde, D., Massiocotte, P. & Pajot, M. (2001). Les interventions de maintien du lieu d'emploi en entreprises, facteurs facilitants et obstacles organisationnels. *Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie : Actes du congrès conjoint de l'Association canadienne d'ergonomie et de la Société d'ergonomie de langue française / ACE-SELF, (3-5 octobre, 2001 : Montréal, Canada), CD-ROM, 5, 180-184.*

Bressol, E. (2004). *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*. Paris: Conseil économique et social

Caillard, J.F. (2004). Maintien dans l'emploi et états de santé: un enjeu majeur pour les services de santé au travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 65(2-3), 214.*

Caroly, S. & Clot, Y. (2004). Du travail collectif au collectif de travail développer des stratégies d'expérience. *Formation Emploi, 88, 43-55.*

Chiron, E., Roquelaure, Y., Ha, C., Touranchet, A., Chotard, A., Bidron, P., Imbernon, E. (2008). Les TMS et le maintien en l'emploi des salariés de 50 ans et plus : un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé publique, 20(3), 19-28.*

Coutro T.M. (2006). Les conditions de travail des salariés après la réduction de leur temps de travail. *Documents pour le médecin du travail, 106: 195-201.*

Daniellou, F. (1988). Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique. In V. Pilnière et O. L'hospital (coord.), *Actes des Journées de Bordeaux sur la Pratique de l'Ergonomie*: Bordeaux, Éditions du LESC.

El Houari, D., Stuedler, F., Minares, J. & Bertrand, D. (2003). Attitudes et comportements des DRH hospitaliers à l'égard du vieillissement et des personnels soignants âgés. *Gestions Hospitalières, 431, 835-845.*

Escriva, E. (2004). Le maintien dans l'emploi: un défi de GRH. *Tendance: la lettre des études de l'AGEFIPH.*

Herin, F., Gehanno, J.F., Lodde, B., Amar, A., Laplace, V. & Soulat, J.M. (2009). Maintien dans l'emploi, prévention du handicap dans les établissements hospitaliers : développement et étude préliminaire d'outils pour assurer le recueil systématique et la comparabilité des informations. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 70(1), 55-66.*

Jabes, A. & Desnoyers, G. (2007). *Le maintien en emploi : une question de connaissance, de méthode et de processus entre acteurs*. Journée Recherche de l'Institut Interuniversitaire de Médecine du Travail de Paris Ile de France (IIMTPIF), Paris, France.

Krynén, B., Yeni, I. & Fournales, R. (2011). *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*. Paris : Rapport Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration.

Maresca, B. & Dujin, A. (2011). Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne. *Pratiques et organisation des soins, 42, 19-26.*

Meuleman, F. (2011). *Vaincre l'absentéisme*. Paris : Dunod.

Michel, E., Amar, A., Josselin, V., Caroly, S., Merceron, G. & De Gaudemaris, R. (2007). Evaluation d'une stratégie pluridisciplinaire de maintien et retour au travail du CHU de Grenoble. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 68(5), 474-481.*

Ozguler, A., Loisel, P., Boureau, F. & Leclerc, A. (2004). Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 52, 173-188.*

Sassoon, D. (2003). Les TMS du membre supérieur liés au travail: de la présentation au maintien à l'emploi. Presentation of the health passport. *Chirurgie de la main, 22(5) 240-242.*

Vidick, S. & Mairiaux, P. (2008). Les absences de longue durée pour lombalgie au sein du personnel soignant dans le secteur hospitalier. *Santé publique, 20, 29-37.*