



Vol 5 No 2 décembre 2003

t. des matières < menu <

article

fichier
pdf

De la rotation sur les postes à la santé au travail *Synthèse du colloque « La rotation, est-ce une solution? »*

François Daniellou

francois.daniellou@ergo.u-bordeaux2.fr

LESC, ISPED, Université Bordeaux 2, 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX

Présenter une conclusion de ce forum sur « la rotation, est-ce une solution? » après Nicole Vézina, c'est évidemment courir le risque d'une certaine redondance, étant donné notre formation commune, notamment aux côtés d'Antoine Laville. Nicole Vézina ayant centré son analyse sur les points marquants de ce qui s'est discuté ici, je ne reviendrai que brièvement sur ce thème, pour tenter ensuite, à partir de ces acquis, d'ouvrir quelques perspectives.

La prévention des TMS^[1], ça prend de la place

Il est apparu clairement, au cours de ces échanges, qu'on ne peut pas se poser la question de la rotation sur un ensemble de postes sans s'attarder sur la variabilité qui règne à chacun d'entre eux. La description formelle des tâches qui y sont réalisées ne permet pas d'avoir une opinion sur la pénibilité réelle des différents postes. Dans l'industrie de la viande, par exemple, la différence est marquante entre les moments où la viande est à la température normale et ceux où elle est trop froide, pour avoir séjourné longtemps au réfrigérateur.

La variabilité peut être à l'origine de retards dont les effets seront complètement différents suivant la géométrie des postes. Si la conception a prévu une place suffisante, un retard peut s'accompagner d'un déplacement de l'opérateur vers l'aval, ou un cycle plus facile d'un déplacement vers l'amont. En revanche, si l'espace est insuffisant, l'opérateur n'a d'autre latitude que d'accélérer sur place pour terminer la pièce avant qu'elle lui échappe. Le risque musculo-squelettique n'est pas le même.

La nécessité de donner de la place au déploiement de l'activité ne se justifie pas seulement pour introduire des marges de régulation par rapport à la variabilité. C'est aussi la condition pour permettre, pendant les phases de formation, que deux personnes puissent occuper le poste, par exemple un moniteur et un jeune opérateur. C'est encore la possibilité, en cas de débordement, qu'un opérateur polyvalent vienne prêter main-forte. C'est enfin la possibilité donnée à la maîtrise et à l'encadrement de venir, aux côtés des opérateurs ou opératrices, s'intéresser au travail et aux dysfonctionnements. La place, ou l'absence de place, conditionnent l'existence de nombre de marges de manœuvre dont on a dit à quel point elles déterminaient l'issue de la rotation.

Des pistes de réflexion et d'action

Le colloque a permis d'établir une liste de conditions sans lesquelles la rotation ne peut pas avoir d'effets positifs vis-à-vis de la prévention des TMS. Mais il a aussi ouvert sur des questions fondamentales qui devraient nous faire travailler désormais. J'en ai recensé au moins quatre.

Les modèles de la santé

La première est que ces débats nous invitent à revenir sur les modèles de la santé qui guident nos actions. « La santé, a dit un intervenant, ce n'est pas que la santé des articulations ». Il semble que les travaux sur la prévention des TMS convergent pour nous inviter à considérer que *la santé a quelque chose à voir avec la possibilité pour chacun d'être pour quelque chose dans ce qui lui arrive*. Cette approche a été défendue par Canguilhem (1966) qui soulignait le lien entre la santé et la possibilité de participer à la définition des normes de son propre environnement. Elle a été reprise par Schwartz (2000) qui parle de « dramatiques d'usage de soi » entre « l'usage de soi par soi » et « l'usage de soi par les autres ». Cette idée est bien sûr présente dans la célèbre définition qu'a donnée Dejours (1985) de la santé. Elle est également au cœur de l'approche du « geste professionnel » que proposent Bourgeois et coll. (2000), etc.

Cette approche rejoint partiellement les positions de la psychologie de la santé exprimées en termes de « contrôle sur la situation » (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994). Le célèbre modèle de Karasek (1979) met en avant l'autonomie décisionnelle (decision latitude) comme facteur essentiel dont la faiblesse contribue à l'apparition de troubles cardiaques. Ce modèle a été enrichi ultérieurement (Karasek et Theorell, 1990) par la prise en compte du soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie ^[2].

Dès 1993, Bongers, dans une revue de questions sur *Psychosocial factors at work and musculoskeletal disorders*, soulignait l'importance du faible degré de contrôle au travail sur l'apparition des troubles musculo-squelettiques : « *most of the cross-sectional studies reported that high job demands, low control, and poor social support were associated with self-reported musculoskeletal troubles* » (1993, p. 306). Nous pourrions dire que les approches épidémiologiques présentées dans ce deuxième alinéa apportent des arguments aux modèles de la santé plus globaux du premier alinéa, qui relèvent de formulations philosophiques et épistémologiques. Alors que les unes s'attachent à mettre en évidence des relations entre facteurs (par exemple, contrôle sur la situation) et variables (par exemple, prévalence d'une pathologie), les premières citées proposent un regard sur la *dynamique* de la construction de la santé qui traverse les différents domaines du travail et de la vie.

L'approche de la santé qui vient d'être proposée a des conséquences immédiates en termes de prévention des TMS. Si l'on considère que la santé est en lien avec les possibilités d'influencer son environnement, non seulement individuellement, mais dans une dynamique collective et sociale, beaucoup de nos interventions sont éclairées d'un jour nouveau. Par exemple, mettre en place des procédures qui permettent, quand quelque chose ne va pas sur le poste, que les opérateurs puissent le signaler et que ce soit modifié, n'a pas que des effets bénéfiques du point de vue biomécanique. C'est une contribution à la santé aussi parce que cela favorise le contrôle sur l'environnement. De même, faire participer des opérateurs à la conception de leur situation de travail n'a pas seulement pour effet bénéfique de trouver des solutions plus appropriées à la réalité du travail. C'est aussi leur permettre de projeter leurs propres normes sur l'environnement, et d'en constater les fruits.

Une autre conséquence de ce point de vue, largement développée par Bourgeois et coll. (2000), est l'importance pour chacun de pouvoir être l'auteur de ses gestes. Comme l'a souvent souligné Pezé (par exemple, Pezé, 1998, Derriennic et coll., 1997), la main que l'on met sur le monde est une dimension majeure de l'identité, les mains sont ce avec quoi l'on construit l'œuvre de sa vie. Dans certaines situations de travail, il est possible d'être l'auteur de ses gestes, de déployer des gestes professionnels porteurs de l'histoire d'un métier et du style propre de chacun. Il est probable que cette mise en œuvre de l'identité professionnelle joue un rôle positif pour la santé. Au contraire, dans de nombreuses situations, le

geste est *fait de l'extérieur*, imposé par la machine ou par le défilement de la chaîne. On ne fait plus des gestes, on exécute des mouvements. Les TMS ne sont sans doute pas loin.

J'ai été frappé par l'importance de la tentative, exposée par J.G. Richard à travers la présentation de films, de favoriser, pour les jeunes opérateurs ou opératrices, la constitution de leurs modes opératoires propres, à travers la mise en lumière de la diversité des modes opératoires utilisés par les opérateurs expérimentés, et des déterminants de ceux-ci. Un mode opératoire ergonomique, c'est aussi un mode opératoire dont on peut changer. Enseigner une palette de modes opératoires possibles, plutôt qu'un seul, va sans doute dans le sens de favoriser la construction, par chacun, d'un style propre et d'une meilleure capacité d'adaptation à la variabilité des conditions du travail.

Pour conclure sur ce premier point, cette contribution singulière de chacun à la définition de son environnement et de ses modes opératoires a besoin, bien sûr, d'être reconnue. Je ne développerai pas plus ce point très bien exposé par Dejours (1993) et Davezies (1993) : chacun a besoin, dans son travail, de s'entendre dire « ce que vous faites est utile, c'est du travail de professionnel, et ça vous ressemble ».

La fonction préventive du métier

La deuxième piste de travail importante que nous propose ce colloque est celle des collectifs. La question centrale est celle du métier. Avoir un métier, ce n'est pas seulement avoir un emploi. Pour qu'il y ait métier, il faut qu'il y ait un collectif professionnel porteur d'une tradition qui se transmet aux jeunes qui arrivent. Un métier, c'est aussi un collectif qui, pour partie, est gardien des règles du métier (Cru, 1987) : celles-ci ne sont pas fixées seulement par la hiérarchie, le service des méthodes, les organisateurs et les gestionnaires, elles résultent de l'histoire du métier, et leur transmission permet que chacun ne parte pas de rien lorsqu'il arrive. Une autre caractéristique du métier est de reconnaître la diversité de ses membres comme une richesse : chacun n'est pas excellent dans les mêmes domaines et la gestion de la diversité peut servir de ressource collective. Enfin, comme le souligne Clot (1999), certes le métier offre un « genre » auquel chacun peut se référer, mais aussi, le métier est à l'affût de ce que le « style » de chacun pourrait apporter d'utile au développement du genre. Le métier est prêt à mettre à la disposition de tous l'invention d'un de ses membres, si elle se révèle positive pour la réussite du travail et la construction de la santé.

Si l'on veut que la rotation sur les postes soit positive pour les travailleurs, il faut tendre vers le fait que le collectif de travail ait quelques-unes de ces caractéristiques du métier. Cela ne peut se faire sans espaces dans lesquels les travailleurs puissent se parler de leur métier et, d'une certaine façon, en faire avancer les règles. Dans sa thèse sur les abattoirs de volaille, Marie Bellemare (1995) avait déjà développé cette idée de confrontation croisée, en permettant aux opératrices de travailler collectivement sur les vidéos de chacune pour confronter les modes opératoires, comprendre les différences et s'approprier des idées généralisables. Cette idée a fait, depuis, l'objet de nombreux développements, notamment grâce aux travaux de Clot (1999).

Il n'est pas simple d'aider un groupe à devenir progressivement un collectif de métier. Il se pose, par exemple, des questions d'éthique : comment se déterminent les règles d'équité vis-à-vis des vieux, des jeunes arrivants, de ceux qui sont blessés? L'information, la formation, peuvent aider le collectif à être plus juste en mettant en circulation des données sur les avantages et inconvénients de tel ou tel système de rotation, comme l'a fait C. Gaudart.

En écoutant le colloque, je rêvais d'un ouvrage intitulé « Repères pour négocier la rotation », sur le modèle de « Repères pour négocier le travail posté » (Quéinnec et coll., 1992). Il pourrait, bien sûr, alimenter les débats sociaux, comme l'a fait ce colloque vis-à-vis des responsables patronaux et syndicaux présents. Mais il pourrait également alimenter les débats à l'intérieur des collectifs eux-mêmes.

Une pathologie de l'entreprise

Troisième piste : les TMS ne sont pas une maladie des travailleurs - c'est-à-dire les TMS ne sont pas *seulement* une maladie des travailleurs. Ils sont une pathologie de l'entreprise (Bourgeois, 1998). Quand il y a des TMS chez les travailleurs, il est très fréquent qu'il y ait d'autres signes de dysfonctionnements dans l'entreprise, qui constituent un « syndrome TMS » (Daniellou, 1998). On trouve ainsi souvent une configuration typique :

- un encadrement supérieur de l'établissement très dépendant de décisions prises ailleurs, au siège social du groupe, parfois sur un autre continent, chez les clients et chez les fournisseurs;
- un encadrement intermédiaire qui doit transmettre les informations descendant de la direction, sans pouvoir faire remonter des informations sur la réalité de l'atelier et obtenir des améliorations;
- une croyance, partagée par tous les acteurs de l'entreprise, selon laquelle « de toute façon, on ne peut pas faire autrement », puisque tout investissement d'amélioration serait censément mortel vis-à-vis de la compétitivité de l'établissement.

Ce *sentiment généralisé d'impuissance* (ibid.) est à la fois la conséquence et la cause des TMS. Ce constat a des conséquences importantes pour l'intervention : toutes les démonstrations que peuvent avancer les intervenants quant à la nécessité de faire quelque chose viennent buter sur cette conviction que rien n'est possible et contribuent seulement à renforcer les défenses mises en place (INRS-MSA-CNAM, 2000). Pour briser ce cercle magique, l'intervenant doit *montrer dans les faits*, par la mise en place de débuts de transformations, que des changements sont possibles et qu'ils produisent des effets. *L'enclenchement du changement ne peut pas atteindre la fin de l'analyse, il est une condition pour que l'analyse soit audible.*

Peut-être un nouveau colloque comme celui-ci pourrait-il s'attacher aux difficultés spécifiques de la maîtrise et de l'encadrement des « ateliers à TMS ». Analyser le travail des contremaîtres est souvent un outil puissant pour comprendre les déterminants de l'absence de marges de manœuvre et pour identifier des leviers d'action.

Cette approche suppose, évidemment, de considérer que les TMS ne sont pas un problème de santé individuel - ce que je dis avec le plus grand respect vis-à-vis de ceux qui souffrent dans leur corps. On ne peut prévenir les TMS qu'en s'intéressant simultanément à la performance économique de l'entreprise, aux déchets, aux non-qualités, à l'ensemble des régulations présentes ou absentes dans la gestion de la production. Une approche purement médicale n'a aucune chance d'aboutir (Bourgeois, 1998, INRS-MSA-CNAM, 2000, Coutarel, dans ce colloque).

La conduite de projet de prévention des TMS

Dernière piste de travail : nous sommes dans le champ de la conception. Qu'il s'agisse de concevoir complètement des installations pour favoriser une rotation positive, ou qu'il s'agisse d'aménager l'organisation d'une installation existante, introduire la rotation c'est, comme l'a souligné E. Ledoux, un projet en soi. On ne peut pas, alors, ignorer les connaissances qui ont été accumulées sur la conduite de projet.

Plus spécifiquement, dans le champ de la prévention des TMS, on peut insister sur les composantes suivantes de la conduite de projet (INRS-MSA-CNAM, 2000) :

- l'importance d'un *engagement de la direction* de l'établissement dans le projet : la prévention des TMS est une question stratégique dont le pilotage ne doit pas être remis au service médical ou à l'encadrement intermédiaire;
- la nécessité d'une *analyse large du « réseau des exigences et des contraintes »* dans lequel se débat

l'entreprise (son histoire, son marché, ses fournisseurs, sa population), ainsi que de *l'histoire de l'apparition des TMS*, de la situation actuelle des travailleurs qui en ont été victimes et des tentatives déjà faites pour la contrer;

- une recherche des *ressources* pour la prévention des TMS du côté du traitement des difficultés rencontrées par l'entreprise dans le domaine de la production et de la qualité;
- une *construction sociale*, qui associe la direction dans ses différentes composantes, l'encadrement intermédiaire, les représentants du personnel, et le personnel concerné, à travers la mise en place de structures de travail pertinentes. Faire participer les travailleurs, ce n'est pas leur tendre un micro pour leur demander leur opinion. Les méthodes et les outils existent, ils ont été largement développés au Québec (Bellemare et coll., 1995, Garrigou et coll., 1995, Bellemare et coll., 2002). Ils sont basés sur une analyse de l'activité dans les situations existantes et dans des sites de référence, et sur une simulation des formes possibles d'activité future. S'agissant de la rotation, ces analyses peuvent être enrichies par les outils proposés ici, notamment par N. Vézina.
- une approche qui se préoccupe simultanément des *espaces de travail, des machines, des systèmes d'information, de l'organisation du travail et de la formation*. Cela est vrai même si le projet consiste à aménager une rotation sur des installations existantes. « C'est un tout », disait souvent le responsable d'une entreprise dans laquelle nous sommes intervenus : il avait compris l'enjeu.

Ce colloque a été une occasion rare de permettre la rencontre entre des chercheurs et ce que Y. Schwartz (2000) appelle les « forces d'appel et de rappel sociales ». Il a permis de capitaliser de nombreuses conditions pour que la rotation joue un rôle positif dans la prévention des TMS. Il ouvre sur des questions qui vont maintenant continuer à nous faire travailler. On ne peut que souhaiter qu'un jour à venir la chaire GM de l'UQAM nous rassemble à nouveau pour prolonger le débat.

Références bibliographiques

Bellemare, M. (1995). *Action ergonomique et projets industriels : de la coopération dans le travail à la coopération pour la transformation du travail. Le cas du travail à la chaîne*. 195 p. Paris : Conservatoire National des Arts et Métiers. Thèse de doctorat d'ergonomie, Bordeaux : Éditions du Laboratoire d'Ergonomie des Systèmes Complexes, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

Bellemare, M., Garrigou, A., Ledoux, E., Richard, J.G. (1995). Les apports de l'ergonomie participative dans le cadre de projets industriels ou architecturaux, *Relations industrielles*, 50, 4, 768-788.

Bellemare, M., Marier, M., Montreuil, S., Allard, D., Prévost, J. (2002). *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques*. Rapport R-292, Montréal : IRSST. www.irsst.qc.ca

Bourgeois, F. (1998). *TMS et évolution des conditions de travail*. Actes du séminaire de Paris 98, ANACT : Études et documents.

Bourgeois, F., Lemarchand, C., Hubault, F., Brun, C., Polin, A., et Faucheux, J.M. (2000). *Troubles musculo-squelettiques et travail. Quand la santé interroge l'organisation*. 252 p. ANACT : Outils et Méthodes.

Bruchon-Schweitzer, M.L., Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé, Paris : PUF.

Canguilhem, G. (1991[1966]). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (Quadrige).

- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : Presses Universitaires de France. Coll. Le travail humain.
- Cru, D. (1987). Les règles du métier, in C. Dejours (sous la dir. de). *Plaisir et souffrance dans le travail*, (p. 29-42). Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail, Tome I, publié avec le concours du CNRS.
- Daniellou, F. (1998). Une contribution au nécessaire recensement des "Repères pour s'affronter aux TMS", in F. Bourgeois, *TMS et évolutions des conditions de travail*. ANACT : Études et documents, document téléchargeable à l'adresse www.anact.fr/sante/tms/index.html .
- Daniellou, F. (1999). Nouvelles formes d'organisation et santé mentale. Un point de vue d'ergonome. *Archives des maladies professionnelles*, 60, 6, 529-533.
- Davezies, P. (1993). Mobilisation de la personnalité et santé au travail : l'investissement dans le travail : vital, paradoxal, fragile. *Mensuel de l'ANACT*, 188, 6-7.
- Dejours, C. (1985). Construire sa santé. La relation santé-travail. In Cassou, B., Huez, D., Mousel, M.L. & al. [sous la dir. de] in *Les risques du travail : pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. (p. 18-21). Paris : Éditions La Découverte.
- Dejours, C. (1993). Intelligence pratique et sagesse pratique : deux dimensions méconnues du travail réel. *Éducation Permanente*, 116, 47-69.
- Derriennic, F., Pezé, M., Davezies, P. (1997). Analyse de la souffrance dans les lésions par efforts répétitifs : épidémiologie, Psychosomatique, Médecine du travail. p. 209 - 251, Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail, 30-31 janvier 1997, tome 1, CNAM - CIPPT 97.
- Garrigou, A., Bellemare, M., Richard, J.G. (1995). *La simulation dynamique des activités futures, une démarche et des outils en ergonomie permettant une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité dans les projets de conception*. Rapport, 98 p., Montréal : IRSST. www.irsst.qc.ca
- INRS, MSA, CNAM. (2000). *Actes du séminaire TMS 2000. Échanges sur les pratiques d'intervention*, 3 et 4 mai 2000. 83 p., Mutualité Sociale Agricole.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain, *Adm Sci Q*, 24, 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Health at work, stress, productivity and the reconstruction of working life*, 381 p., Basic books.
- Pezé, M. (1998). Les athlètes du quotidien, approche psychosomatique et psychodynamique des TMS, p. 63-70 in F. Bourgeois, *TMS et évolutions des conditions de travail*, Coll. Études et documents, ANACT.
- Quéinnec, Y., Teiger, C., Terssac, G. de (1992). *Repères pour négocier le travail posté*. Toulouse : Octarès.
- Schwartz, Y. (2000). *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse : Editions Octarès.
- Vézina, M. (1999). Stress et psychodynamique, de nouvelles convergences, *Travailler*, 1999, 2, 201-218.

[1] Troubles musculo-squelettiques

[2] On trouvera dans Vézina (1999) une importante discussion de ce modèle, de ses évolutions, de ses apports et des critiques qui lui ont été adressées.

