

La démarche

L'intégration de l'ergonomie dans un pôle, un service, une unité, relève de la démarche projet **participative**.

La participation du personnel peut se situer à différents niveaux : depuis la conception jusqu'à la correction des situations existantes, aussi bien lors des analyses que lors de la recherche des solutions.

Cette rubrique rappelle les règles d'une démarche projet, les acteurs utiles à sa mise en œuvre. Pour l'établissement, entrer dans cette démarche nécessite l'acquisition préalable de compétences. Par leur mise en application, leur déploiement (horizontal et/ou vertical), ces compétences seront entretenues et développées.

✚ Définition du cadre d'intervention et positionnement des acteurs

❖ Le Comité de Suivi (instance de décision)

Rôle	<p>Il procède à la revue des demandes/projets et définit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ses objectifs - ses moyens : temps alloué, matériel - son périmètre d'action : accès aux services pour réaliser les entretiens, les observations. <p>Il assure le suivi des missions effectuées ou en cours de réalisation.</p> <p>Il facilite l'action des acteurs sur le terrain en affirmant leur légitimité : interface avec les services et leur encadrement, positionnement des référents en tant qu'intervenants mandatés.</p>
Fréquence de réunion	<p>A adapter selon les projets développés</p> <p>Suggestion : 1 rencontre par trimestre permet de</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire la revue des missions effectuées au cours du trimestre précédent, - préparer la feuille de route du trimestre à venir.
Composition	<p>Outre les personnes détenant les compétences en ergonomie, il peut compter un représentant de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la DRH, - la Direction des Soins, - la Médecine de Santé au Travail, - le CHSCT, - les cadres de pôle.



❖ L'ergonome (s'il y en a un dans la structure)

Il est l'animateur de la démarche et joue le rôle de tuteur auprès des référents en ergonomie.

❖ Les référents en ergonomie

Rôle	Ils conduisent la démarche auprès des services, des personnes concernées. Ils mettent en place les actions.
Fréquence de réunion	Au-delà des réunions en Comité de Suivi, ils peuvent se rencontrer 1 fois par mois : <ul style="list-style-type: none">- coordination,- échange de points de vue,- ajustement du phasage.
Composition du groupe	Selon le choix de l'établissement : <ul style="list-style-type: none">- 1 personne par pôle- répartition soignants / non soignants- représentants des différentes fonctions (ASH, AS, IDE, cadre, agent des services logistiques,...)
Modalités d'intervention	Préalablement définies par le Comité de Suivi : <ul style="list-style-type: none">- privilégier la constitution de binômes (<i>un référent en ergonomie n'est pas un ergonome, il ne peut pas intervenir de manière autonome avant d'avoir acquis une solide expérience</i>): 1 soignant / 1 non soignant, 1 du service / 1 d'un autre service- disposer d'un temps alloué (pour lequel les référents sont partiellement dégagés de leur fonction) <i>« C'est défini au coup par coup, en lien avec la mission à mener. C'est plus pertinent que de donner un cadre rigide »</i> <i>. « ½ journée par semaine par référent, programmée avec un mois d'avance. Nous sommes ces jours-là en horaires coupés (½ j en service, ½ j en mission). C'est un point de départ, il faudra l'adapter aux missions prises en charge. »</i>- avoir accès à des ressources documentaires (bilan social), à un espace de réunion, à du matériel (ordinateur, podomètre)- pouvoir faire appel à des personnes ressources : Médecine du Travail, CHSCT, cadre du service dans lequel ils interviennent

Au-delà des actions internes, un travail inter-établissements est à promouvoir. L'animation d'un réseau, l'échange de pratiques sont fortement bénéfiques à la dynamique de la démarche.

+ Déroulement de la mission

❖ Etude préalable des demandes d'amélioration des conditions de travail, d'adaptation d'un poste de travail

Origine	Les demandes peuvent être soumises au Comité de Suivi par la médecine de santé au travail, les partenaires sociaux, les cadres, la direction.
Faisabilité	- L'ergonomie est-elle le levier adapté à la demande ou la question relève-t-elle plutôt d'un autre domaine (comme les ressources humaines) ? - L'établissement dispose-t-il des moyens requis pour traiter la demande ? ex : acheter un verticalisateur à chaque étage si oui, l'objectif de la mission sera de définir les besoins réels si non, la décision sera prise . soit de reporter la mission pour traiter une autre priorité . soit d'envisager des solutions alternatives dans la limite des ressources mobilisables (organisation du travail,...)
Décision	Refus ou Acceptation. En cas d'acceptation, la mission est alors confiée aux référents en ergonomie (voir ci-dessous « préparation »)
Support	Afin de conserver un historique des demandes étudiées, un document type peut être élaboré. Consignant des informations comme : - le demandeur - l'objet - le contexte - la décision ou les raisons du refus (s'il y a lieu). Lorsqu'une demande est acceptée, le document fera l'objet d'une mise à jour en cours de mission. Si un dossier est constitué, la fiche mentionnera comment y accéder.

❖ Engagement de la mission

Après acceptation par le Comité de Suivi, la demande devient une mission pour les référents en ergonomie qui peuvent alors construire sa mise en œuvre.

- **Préparation**

Attribution de la mission	Nomination du(des) référent(s) qui prennent en charge sa réalisation et son suivi. Mention éventuelle des personnes ressources
Démarche d'intervention	Définition des actions à mener : - Rencontres avec les personnels, explications sur le déroulement de la mission - Observations ciblées - Entretiens avec les acteurs concernés - Restitution pour validation
Echéancier	Phasage suivant les différentes étapes : état des lieux, diagnostic, préconisations, plan d'actions, suivi, évaluation

- **Recueil des données**

Rassembler les éléments qui permettent d'objectiver les besoins : données absentéisme, tableaux de bord, feuilles de relevés en lien avec la problématique traitée (ruptures de stock, distances parcourues,...)

- **Analyse des tâches, de l'activité par observations et entretiens avec les opérateurs**

Recouper les informations issues des interventions : échanges avec les opérateurs, compte-rendus d'entretiens, de réunions avec les différents acteurs (du service et/ou en interaction avec le service suivant les cas).

- **Elaboration d'un modèle de fonctionnement.**

Le travail sur maquette, la simulation permettent au personnel de s'approprier les éléments de la future situation de travail et évitent de renouveler des dysfonctionnements ou d'en créer de nouveaux.

- **Présentation des propositions d'aménagement, de conception**

L'ergonomie s'appuie sur un modèle de l'humain au travail qui justifie que ceux qui devront mettre en œuvre le projet lors de sa concrétisation soient accompagnés dans le processus de compréhension des raisons du changement et de ses conséquences.

- ❖ **Suivi de la réalisation**

Construction du plan d'actions, accompagnement dans sa mise en œuvre, maintien de la communication avec les opérateurs, mesure des impacts du changement sur l'activité, soutien dans la réflexion face aux difficultés éventuellement rencontrées.

- ❖ **Evaluation des effets**

Les conséquences du changement donnent lieu à une évaluation périodique à l'aide d'indicateurs (voir les outils proposés pour chaque thème). En fonction des résultats obtenus, des difficultés rencontrées, des actions correctives peuvent alors être mises en place.

+ Domaines incontournables de la démarche ergonomique

❖ L'ergonomie « participative »

La participation des utilisateurs (démarche participative) est incontournable dans la démarche ergonomique.

Elle permet

- aux décideurs de disposer d'éléments concrets issus de l'activité réelle. Ces indications, prises en compte dans les choix auxquels ils se trouvent confrontés, favorisent
 - la fiabilité (réduction des écarts moyens/besoins),
 - la mise en œuvre (diminution de la résistance au changement),
 - l'efficacité (conciliation amélioration des conditions de travail et performance)des solutions retenues.
- aux opérateurs (utilisateurs) de
 - communiquer leur point de vue de terrain (ils en sont les seuls détenteurs),
 - de mettre en évidence l'impact du changement envisagé sur leur activité,
 - de participer à l'élaboration d'un futur différent de l'existant,
 - de s'y préparer,
 - de se l'approprier (conduite du changement),
 - de collaborer à sa mise en œuvre,
 - d'en apprécier les bénéfices.

C'est en cela un véritable vecteur de conduite du changement.

❖ L'ergonomie cognitive

L'ergonomie cognitive, quant à elle, s'intéresse aux processus mentaux (perception, mémoire, raisonnement) qui interviennent dans les interactions entre les personnes et d'autres composantes d'un système. Pour quiconque se donne l'objectif de comprendre et de transformer les situations de travail, il n'est plus possible aujourd'hui de faire abstraction des activités cognitives mises en jeu par les acteurs concernés.

Il est très fréquent que cette composante de l'activité de travail soit insuffisamment appréhendée, ce qui peut amener à un manque de pertinence des décisions prises.

Pour exemples :

- faire suivre une formation à la manutention dont les enseignements ne seront pas appliqués parce que l'opérateur appréhende d'utiliser un matériel d'aide à la manutention suite à un incident (« *je sais ce qu'il faudrait faire, mais je préfère faire autrement* »)
- conserver une procédure qui ne correspond pas au travail réel parce qu'il manque une notion, une compétence que les opérateurs ont développée mais qui n'a jamais été intégrée (« *il y a des années qu'on fait autrement, c'est plus rapide pour le même résultat* »)
- concevoir l'arborescence informatique d'un service sans consulter les utilisateurs (« *c'est pas logique pour nous, on perd toujours du temps à retrouver nos fichiers* »)



Sources et ressources documentaires

Brochures INRS

- Études d'intervention ergonomique chez les soignants (TF 148) : www.dmt-prevention.fr/publications/tf148.html
- Etude ergonomique préalable au réaménagement du secrétariat médical d'une clinique (TF 120) : www.dmt-prevention.fr/publications/tf120.html