



Fond National de Prévention de la CNRACL

Comité Scientifique et Technique du 23 octobre 2009

CDC, 15, quai Anatole France – 75007 Paris

VERBATIM

Table des matières

Introduction aux travaux de la journée (N. FARES).....	1
Présentation de MUSKA (J. BERNON, J.-F. THIBAUT).....	2
Débat	4
Présentation du bilan de la démarche PACTES (Marc. DUMON).....	6
Débat	9

Introduction aux travaux de la journée (N. FARES)

Nadim FARES remercie les membres présents pour leur participation active à la construction de la politique de prévention du FNP. Ils soulignent la qualité de leur réflexion.

Les sujets abordés aujourd'hui semblent apparemment hétérogènes, mais le FNP a été sollicité pour participer à la fois au développement d'outils (c'est le cas de MUSKA qui va être présenté ce matin), mais aussi à la mise en œuvre de démarches plus globales de prévention. Celle qui va être présentée en fin de matinée et qui nourrira la réflexion de l'après-midi est à l'initiative de l'ANFH. Elle s'appuie sur les données recueillies et traitées par l'étude PRESST-NEXT (www.presst-next.fr) concernant les difficultés rencontrées par le personnel hospitalier à travers l'exercice de leur métier.

Nadim FARES attend que le CST se prononce précisément sur l'intérêt que peut représenter l'outil MUSKA, et donc, de manière plus générale sur l'intérêt que représenterait la participation financière du tour de table financier que met en place l'ANCT afin de finaliser sa réalisation. Dans ce cas, l'outil pourrait être ultérieurement diffusé aux collectivités qui le souhaitent.

Nadim FARES rappelle également que cette séance du CST marque la fin de cycle du programme d'action et celle du programme d'animation. Il souhaite que de futurs thèmes dont le CST pourrait se saisir soient évoqués par les membres présents.

Présentation de MUSKA (J. BERNON, J.-F. THIBAUT)

Jack BERNON souhaite introduire la présentation de l'outil que va faire Jean-François THIBAUT. Il souligne l'importance qu'ont pris les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) dans le paysage de la santé au travail et rappelle que le gouvernement a classé le sujet dans les sujets prioritaires concernant la santé au travail. La maladie que représente les TMS se déplace. Elle s'étend aujourd'hui aux relations de service après être apparue majoritairement dans le secteur manufacturier. Les caractéristiques multifactorielles des TMS et le cumul des expositions aux risques auxquelles sont soumis les travailleurs rendent difficiles son traitement. Toutes les forces doivent donc être mobilisées.

Jack BERNON rappelle que, lors de sa venue au CST, François DANIELOU, avait évoqué la dimension technique, mais surtout sociale à prendre en compte pour aborder la question des TMS dans l'entreprise. Il souligne également qu'il existe une difficulté à faire perdurer les démarches de prévention des TMS dans les entreprises.

Pourquoi l'ANACT s'investit-elle dans l'outil qui va être présenté? Jack BERNON estime qu'une réflexion de qualité est indispensable en matière de lutte contre les TMS, et qu'il est nécessaire de transférer au monde de l'entreprise sous forme d'outils opérationnels, de formations, etc. L'outil constitue l'un de ce transfert.

Qu'est-ce qui est visé à travers un tel outil ? D'abord un usage immédiat. l'outil s'intégrant dans une démarche fine d'analyse, mais aussi une réponse à la difficulté de mettre en œuvre une prévention durable. De ce fait, l'outil doit rassembler plusieurs qualités : pertinence, sens, qualité de fédération. Il doit représenter un *medium* permettant de mobiliser les acteurs. Pour cela, il doit donner à voir, "*répondre à l'objectif de rendre visible la question des TMS dans l'entreprise*". De plus l'outil doit permettre une valorisation du travail car , précisément, il donne à voir le travail, en général, les

stratégies déployées par ceux qui travaillent en particulier.

Jean-François THIBAUT (ARACT) présente MUSKA, C'est un outil d'abord développé dans un laboratoire universitaire, puis dans le réseau des ARACT. Il est centré sur l'évaluation du risque à travers la mise en œuvre de simulations et de solutions techniques et organisationnels.

Jean-François THIBAUT commence par exposer les trois raisons que l'outil a cherché à satisfaire. Tout d'abord, MUSKA permet de répondre à la question de la demande de rotation comme solution organisationnelle pour réduire une épidémie de TMS. Ensuite, il doit permettre d'anticiper sur l'apparition des TMS en évaluant l'effet des démarches de prévention mise en œuvre. Enfin, il doit dépasser la faiblesse des outils existants, qui, selon Jean-François THIBAUT ne permettent ni de mesurer convenablement le niveau d'exposition aux sollicitations biomécanique, ni de proposer des simulations organisationnelles vraiment satisfaisantes.

Jean-François THIBAUT rappelle les grandes étapes de la construction de l'outil. La première étape (2001-2005) a consisté à chercher à analyser l'activité par la vidéo, en allégeant l'outil CAPTIV qui existait (www.travail-et-securite.fr/...nsf/...1/.../TS582page14.pdf?..). Mais, selon Jean-François THIBAUT, cet outil était "une grosse artillerie", difficile à mettre en œuvre sur le plan technique. Devant le constat de cette difficulté, un développement de l'outil sous EXCEL est mené afin de faciliter l'analyse des situations de travail filmées (2005-2006). Il s'agit d'appliquer le principe de la réduction scientifique et de "rentrer sur le TMS de manière focale". Puis, en 2007-2008, l'outil est adopté hors de l'industrie manufacturière. Il s'agit d'utiliser l'outil dans les TPE, notamment chez un fabricant de planche de surf. La dernière étape du développement est annoncée par Jean-François THIBAUT. Aujourd'hui, il s'agirait que l'outil soit utilisé par le plus grand nombre et qu'il permette de construire socialement une référence partagée (2009-2010). Pour cela, il faudrait encore alléger les contraintes de son utilisation, en développant un logiciel plus "soft" que celui qui est aujourd'hui sollicité aujourd'hui, à savoir, EXCEL.

Jean-François THIBAUT évoque ensuite la démarche de prévention TMS pour resituer l'utilisation de l'outil. Il s'agit de partir de la définition du risque comme l'exposition à un danger. Pour les TMS, le danger réside dans les hyper sollicitations biomécaniques, même si des facteurs aggravants existent comme le stress, les vibrations, le froid, l'état de santé initial de la personne. Il s'agit toujours de mettre au regard du danger visé le niveau d'exposition, et de tenir compte des déterminants du travail qui génèrent le risque ou l'absence de risque : techniques, organisationnels, humains. Parmi les déterminants humains se trouvent la formation, l'habileté, et, de manière générale, tout ce qui fait que l'homme s'adapte au travail. Jean-François THIBAUT estime qu'il existe un "feed-back" qu'il s'agit de comprendre : si l'ergonomie est l'adaptation du travail à l'homme, l'homme s'adapte aussi au travail. Il faut donc aussi analyser ce "feed-back" pour comprendre l'apparition des TMS.

MUSKA s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, même si l'outil est d'abord destiné aux préventeurs de formation. Il ne s'agit pas de le distribuer à "des gens qu'on lâche dans la nature", rappelle Jean-François THIBAUT. La démarche se doit d'être concertée : réflexion sur l'adaptation des postes de travail, organisation de la rotation aux postes envisagée, types de reconnaissance liée à cette rotation. Démarche concertée, soit, mais elle doit aussi être une démarche intégrée au cadre d'une réflexion Santé et Sécurité au Travail (SST). L'outil s'inscrit donc dans une démarche globale d'évaluation des risques et pas seulement dans une démarche de prévention des TMS. La démarche dans laquelle s'inscrit l'outil devrait aussi comporter une démarche de suivi épidémiologique.

Quels est le principe de base de MUSKA? L'objectif premier est de transformer les situations de travail. Il ne s'agit donc pas de mesurer de manière exhaustive et absolue le risque TMS, mais bien

de le resituer dans une réflexion portant sur une situation de travail particulière. La démarche se veut pragmatique. *"On mesure avant, on mesure après et on voit le delta"*, souligne Jean-François THIBAUT. L'action de mesure suppose d'établir un *"différentiel"*. Quatre critères de base seront retenus pour l'évaluation : le danger lui-même, les facteurs aggravants, la répétitivité et la durée d'exposition au danger à travers les chronologies d'activité, enfin la durée des phases de récupération.

MUSKA s'inscrit dans une démarche qui part de l'analyse de la demande pour déboucher sur l'évaluation des solutions. Il embrasse aussi bien la phase de l'analyse des situations de travail que celle de l'évaluation des solutions. L'outil comporte quatre phases : évaluation, aide à la décision, simulation, évaluation.

Jean-François THIBAUT présente l'exemple d'un poste de ponçage. la démarche déploie huit temps distincts. Premièrement la démarche débute par l'analyse d'une situation de travail, ici un poste de ponçage filmé par un ergonome. Dans un deuxième temps, à partir de la visualisation du film, une cotation du point de vue des dangers est effectuée. On note, par exemple, l'angulation du point de vue du coude, du poignet. L'effort est pris en compte comme facteur aggravant. Tel danger est coté à partir d'un geste considéré comme dangereux. Ce n'est pas l'articulation mise à mal elle-même qui est cotée, mais le geste lui-même. Cette cotation se fait à parti de référentiels existants (normes AFNOR. **Par exemple, : Normes AFNOR NF X 35-104 (1983), X 35-106 (1985), X 35-107 (1989)**). La troisième étape consiste à fournir un diagnostic au commanditaire. Le diagnostic va permettre d'identifier des actions prioritaires, en établissant la plupart du temps un diagramme PARETO (quatrième étape). La cinquième étape consiste à identifier des leviers d'action. Jean-François THIBAUT prend l'exemple de la distance œil-tâche qui varie selon le niveau d'empoussièrement pendant le ponçage. Réduire la poussière permet à l'opérateur d'augmenter cette distance et donc de réduire le danger du à des mauvaises positions entraînées par le manque de visibilité. La sixième étape consiste à organiser la simulation de solutions techniques portant, par exemple sur l'aménagement de poste. Des choix de solutions différentes permettent de varier les scores. *"C'est sur le papier, mais potentiellement on voit bien alors qu'il y a des actions possibles à mettre en œuvre"*, rappelle Jean-François THIBAUT. La septième étape porte sur la simulation de solutions organisationnelles, par exemple, mettre en place une organisation du travail reposant sur la polyvalence, comme faire à tour de rôle du ponçage et de la stratification. La dernière étape consiste à évaluer les actions réalisées du point de vue des risques TMS.

Jean-François THIBAUT termine l'exposé de l'exemple pris en synthétisant son propos. La démarche consiste donc à évaluer des solutions, à mettre en évidence des phases d'exposition, aider à la décision, à former les opérateurs et à réfléchir à de nouvelles stratégies gestuelles. Jean-François THIBAUT rappelle l'importance de ce qu'il nomme *"l'auto-confrontation des savoir-faire"*. *"On est loin du "one best way" "*conclut-il.

Débat

Le débat qui suit l'exposé est ouvert par Elie MAROGLU qui estime que l'évaluation des risques à la ville de Lyon est difficile car *"c'est toujours compliqué d'intégrer le travail réel"*. Il estime que l'outil permet de le faire et, que, dans tous les cas, une circulaire de 2002 (www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/etud.../circ_ei633.pdf -) rend obligatoire la prise en compte du travail *"réel"* dans l'évaluation des risques. Dans la fonction publique territoriale, il existe beaucoup de métiers répétitifs, comme ceux des secteurs de l'éducation ou de la petite enfance. Elie MAROGLU s'interroge. En effet, les ergonomes sont peu nombreux dans la FPT, alors qu'il lui

semble nécessaire de maîtriser l'analyse du travail. Il souhaite voir ses collègues ergonomes évoluer vers ce type d'analyse. Comment faire?

Jean-François THIBAUT confirme : l'outil nécessite de maîtriser les techniques d'analyse des situations de travail, "même s'il n'y a pas besoin d'être bac plus 10 pour maîtriser l'outil!". selon lui, il n'est pas nécessaire d'être ergonomiste. Il suffit de connaître l'analyse des installations de travail et de travailler dans une équipe pluridisciplinaire. Mais, *"il est nécessaire d'aller chercher le réel pour établir une cotation. Cela prend du temps!"*. Il rappelle que l'observation passe toujours par la construction d'une grille d'observation, et donc de choisir des paramètres. Pour cela, il est nécessaire de connaître les paramètres au préalable.

Régis de GAUDEMARIS rappelle l'existence du logiciel KRONOS¹ qui permettait d'établir des analyses fines de la tâche prescrite. Pour lui, il semble indispensable que ce type d'outil soit utilisé par un ergonomiste et cela le préoccupe. Il pose la question : *"Qui s'occupe de la prévention des risques dans les petites structures hospitalières?"*. Il affirme qu'il existe un écart entre ce qui est présenté, ce qui devrait être fait, et ce qui existe. Pour lui, l'outil n'est pas la priorité. *"On sait à peu près tout sur les TMS dans le service hospitalier. Il faut des lits à hauteur variable, des appareils de levage, il faut réaliser les travaux à deux"*, insiste-t-il. Vouloir introduire à tout prix MUSKA lui semble traduire un manque de connaissance de l'état des politiques de prévention existantes dans la fonction publique hospitalière.

Jack BERNON rétorque que KRONOS développé par l'ANACT portait bien sur le travail réel et pas sur le travail prescrit. S'il lui semble également nécessaire de développer de la sensibilisation dans les hôpitaux ou dans les collectivités pour faire progresser la prévention, *"en tirant par le haut"*, un outil comme MUSKA est utile à la *"médiation"* nécessaire à l'installation de démarches de prévention dans les collectivités. Selon lui, la réalité des organisations renvoie à de la complexité, et MUSKA permet d'affronter une partie de cette complexité.

Régis de GAUDEMARIS affirme que *"la prescription est proche de la réalité. A l'hôpital, il n'y a pas de travail prescrit observable, mais bien plutôt que des ajustements."* Pour lui, la priorité reste la prévention des risques connus, pas la sophistication du diagnostic.

Nadim FARES relance le débat en posant deux questions à la cantonade : *"Cet outil s'inscrit-il dans une démarche générale de prévention? Y a-t-il suffisamment d'ergonomistes dans la FPT pour que l'outil soit réellement diffusé ?"*

Elie MAROGLU se demande s'il faut simplement se centrer sur la prévention. Il remarque que le travail prescrit n'existe pas toujours de manière formalisée, et qu'il est donc souvent nécessaire de reconstruire ce "prescrit" quand celui-là n'est pas formalisé. Il prend l'exemple du travail des écoles avant l'ouverture des classes. Ce travail est peu prescrit. Il lui semble pourtant nécessaire d'agir sur les facteurs de risques, les situations étant très changeantes. Par exemple, quand il pleut, il y a plus de travail, et le travail est différent. *"La réalité de la vie fait qu'on ne peut pas mimer en permanence ce que les autres attendent de ce personnel des écoles"*, remarque-t-il.

Hélène BERINGUIER va dans le sens de Régis de GAUDEMARIS. Elle s'interroge, et estime que lorsqu'on n'a pas beaucoup de moyens à mettre en œuvre, il n'est sans doute pas utile d'utiliser ce type d'outil qui ne permet d'analyser un seul geste à la fois. Elle évoque la question des TMS dans

¹ Le logiciel Kronos est destiné à aider à l'exploitation de données d'observations chronologiques en analyse du travail. Il permet de traiter des relevés d'observation directe mais aussi des relevés de mesures et des communications verbales. Il propose par ailleurs un nouveau mode de codage des données par affectation d'attributs destinés à des analyses interprétatives. (Sources : www.univ-tlse2.fr/lte/kronos/, consulté le 11 novembre 2009).

un service hospitalier consacré à la stérilisation. Selon elle, *"utiliser le petit logiciel mis à disposition par l'INRS semble amplement suffisant"*.

Pascale CORNU souligne l'importance quantitative des TMS dans la fonction publique territoriale. Elle rappelle que les centres de gestion sont des services de terrain appelés par les maires et constate que les demandes portent surtout sur les problèmes de reclassement et d'aménagement des postes. Les pratiques sont des pratiques de cas par cas sur le terrain. L'approche globale des TMS est rare, même si les effectifs de préventeurs, d'ergonomes, de médecins ont tendance à croître. Elle s'interroge donc sur la manière de s'approprier un tel outil dans ces conditions.

Gérard LEBLANC voit cet outil d'abord comme un outil de recherche, voire de formation pour préventeur. Il lui semble très compliqué, difficile à mettre en œuvre pour améliorer la prévention des risques dans les collectivités territoriales. De plus, il fait remarquer que les élus sont peu sensibles aux chiffres.

Marc DOMON rappelle qu'un outil est toujours intéressant quand il est au service d'un projet. Il s'agit d'objectiver, de dépasser des représentations sociales dominantes.

Omar BRIXI se dit embarrassé par la présentation. Il rappelle que le CST a déjà entendu deux exposés consacrés aux TMS. Ceux-là se prolongent par la présentation d'un outil. *"Pourquoi pas?"*, remarque-t-il. Par ailleurs, il constate que cet outil n'est pas achevé, notamment quant à l'aspect de son accessibilité, de sa réappropriation. De plus, il lui semble MUSKA ne semble pas cohérent avec la position prise par François DANIELOU. Les TMS constituent un problème ancien et récurrent. Il s'interroge : *"Qu'est-ce qu'on apporte de nouveau avec MUSKA, a-t-on le droit de ressortir un vieil outil?"*. Il remarque également que le stress ne constitue pas un aspect aggravant en soi, l'hypersollicitation non plus. Omar BRIXI estime qu'on ne peut pas détourner les difficultés en termes d'organisation du travail par des outils, et qu'il faut adapter la nature des outils à la nature des TMS, à leur importance quantitative, mais aussi à leur complexité.

Jack BERNOU reprend la parole pour rappeler qu'il n'existe pas d'écart entre la présentation faite par Jean-François THIBAUT et les propos tenus par François DANIELOU. Il se dit prêt à utiliser MUSKA dans le secteur de la stérilisation, préalablement évoqué par Hélène BERINGUIER.

Jean-François THIBAUT répond à ces différentes critiques. Il rappelle que l'intérêt de l'outil réside dans l'objectivation des situations. Il lui semble important de s'appuyer sur la prévention primaire et non sur la seule prévention tertiaire². Pour répondre à Omar BRIXI, il ne nie pas l'influence du stress, mais, selon lui, il n'existe pas de TMS sans d'abord un phénomène d'hypersollicitation.

Jacques SAVOYE souligne qu'en matière de TMS, *"on connaît les problèmes, les situations, mais les moyens sont réduits et on est vraiment face à un mur"*.

Françoise PILLIN souligne qu'en milieu hospitalier, ce qui manque ce sont les effectifs, le temps, l'analyse de la pathologie des patients. L'outil lui paraît être un moyen de réfléchir, mais son utilisation ne lui semble pas actuellement nécessaire actuellement pour améliorer la prévention des risques dans l'hôpital.

2 Distinction établie par l'OMS. La Prévention primaire vise à réduire le risque, en termes de survenue, ou de conséquences. La prévention secondaire cherche à révéler l'atteinte de la maladie pour prévenir par des soins précoces son aggravation. La prévention tertiaire cherche à éviter les rechutes ou les complications.

PAUSE

Présentation du bilan de la démarche PACTES (M. DUMON)

Avant l'exposé de Marc DUMON, Nadim FARES rappelle le rôle du CST. Une formalisation de l'avis concernant la participation du FNP au développement de l'outil sera proposé aux membres du CST. L'avis du CST sera présenté au CA de la CNRACL.

Marc DUMON présente l'ANFH, puis le projet PACTES. Celui-là a démarré en 2005. Il faisait suite au débat sur l'attractivité et la fidélisation du personnel hospitalier, autant de préoccupations engendrées par le renouvellement des générations, les réformes hospitalières incessantes, la concurrence accrue entre secteur public et secteur privé, mais aussi au sein du secteur public lui-même, entre les différents établissements. Le contexte général est donc mouvant, et le débat évoqué est, selon Marc DUMON particulièrement important en Languedoc-Roussillon. En effet, perdurent et augmentent des difficultés de recrutement et les formes d'organisation du travail sont discriminantes en matière de recrutement. Les conditions de travail sont difficiles et rebutent des mentalités nouvelles à propos du rapport au travail. L'ANFH cherche à s'approprier les questions de personnel de manière large, hors des questions des statuts et de la rémunération, mais en matière de formation, d'emploi, de métier. Elle cherche à constituer une offre de service

Marc DUMON évoque les conditions de faisabilité du projet PACTES. PACTES s'appuie sur des études existantes, comme PRESS-NEXT, qui font ressortir en 2002-2003 l'importance des questions de soutien psychologique au travail, des temps de chevauchement, des conditions physiques de travail en général. Il constate que la participation du Fonds de prévention a la mise en œuvre a permis de légitimer le projet, car la CNRACL est bien repérée comme acteur de la prévention par les hospitaliers. Les partenaires qui se sont engagés dans le projet étaient bien sûr intéressés par le projet lui-même, mais aussi par le réseau qu'il permettait de constituer. Les établissements ont su donner du temps au personnel. Celui-là a été valorisé sur le plan budgétaire.

Puis Marc DUMON évoque le montage du projet. Il était important que l'ANFH se démarquât de la formation habituelle qui, généralement, a un impact faible en matière de prévention des risques (ex : la formation des gestes et postures ne tient guère compte des contextes de travail). L'ANFH avait pour ambition de développer des démarches en forme de gestion de projet intégrées à la vie des établissements. Par exemple, il était nécessaire d'organiser les conditions de réalisation du projet en prévoyant des mensualités de remplacement. Les prestations proposées et choisies ont été inspirées par les conclusions de PRESS-NEXT : ergonomie, tutorat (pour la reconnaissance du personnel), activité physique au travail, organisation du travail, notamment temps de transmission.

Le projet a démarré en 2007, puis réellement mis en œuvre grâce au recrutement d'un chargé de mission temps plein en 2008. Les prestations ont été réalisées en 2008 et 2009. Parmi elles : l'évaluation puis la diffusion d'outils de communication.

Dans les établissements, le lancement du projet a démarré à l'hôpital d'Arles en 2007 par un audit puis des formations en ergonomie. Marc DUMON rappelle qu'il n'existe très peu d'ergonomes embauchés dans les hôpitaux, sans doute moins de cent. Tous les CHU n'en ont pas, d'où le choix de réaliser, dans le cadre du projet des audits et des formations assurés par des prestataires extérieurs. Cette manière de faire recherchait une réelle acculturation en la matière. En quelque sorte, elle se substitue à la présence des ergonomes.

Les audits et les conseils ont également eu lieu dans le domaine de l'organisation du travail. Douze audits d'organisation de travail d'une durée de cinq jours ont été réalisés portant sur le temps de travail des ASH, les activités de soins ou sur d'autres aspects de la vie hospitalière. Aujourd'hui beaucoup d'établissements sont en train de remettre en place une organisation en douze heures³, notamment dans les services des urgences alors que la structuration est y difficile du fait de l'importance des aléas. Les audits visaient un objectif important : comment objectiver les problèmes existants afin de *"s'écarter d'une demande sociale et de la production idéologique?"*. In fine, il s'agissait aussi de s'intéresser aux temps de transmission, à la formation de tutorat, et de délivrer des conseils pour l'introduction d'activités physiques.

En tout, vingt-sept établissements ont bénéficié du projet PACTES. Ils étaient de types différents : CHU, centres hospitaliers, hôpitaux locaux. Marc DUMON insiste sur l'importance donnée à la contractualisation, la réalisation des prestations exigeant de véritables retours, et sur le montage en réseau: mutualisation, mise en œuvre de réseaux de professionnels, rôle de l'ANFH, montages de formations communes.

Le pilotage était assuré par différents financeurs et par les partenaires sociaux qui composent l'ANFH. Un "groupe-projet" regroupait les délégations régionales et les membres des comités pédagogiques de l'ANFH. Le dispositif se voulait souple : le projet reposait sur une base de volontariat, sur le choix des prestations, des services et des modalités concrètes d'organisation. Toutefois, si le dispositif se voulait souple, le projet exigeait que les engagements soient respectés par les établissements. Marc DUMON insiste sur l'importance des indicateurs et de leur construction par les établissements eux-mêmes. Il relève le rôle essentiel des CHSCT comme relais et comme exerçant une pression interne en matière de prévention. Toutefois, ils pouvaient penser que l'ANFH se substituait à eux. Marc DUMON, finissant de présenter le cadre général du projet, souligne que ce dernier n'aurait pu être mené sans l'embauche d'un chargé de projet. Il rappelle également que le budget de communication était de fait intégré au projet.

Il détaille ensuite les prestations et les actions réalisées, et rappelle que dix-neuf audits d'une durée de cinq jours ont été réalisés dans différents services de soins, d'une pharmacie, dans un magasin où l'analyse des postes de travail et de situations de travail a été effectuée. Quatre-vingt quatorze référents ont été formés au cours de sessions de formation d'une durée de dix jours. Ils ont acquis des connaissances sur la méthodologie d'intervention et sur l'analyse des situations de travail. Les plans d'action ont touché l'organisation du travail, la manutention, des études de charge, l'intégration d'une dimension de bien-être au travail.

Les conséquences de ces différentes actions ont permis une professionnalisation des acteurs. Par exemple une aide-soignante a réalisé une étude de charge d'un poste de coursier. Ces actions ont également permis de constituer des groupes-ressources, des commissions de conditions de travail. Marc DUMON rappelle que PACTES a été cité dans un projet social d'un établissement.

Sans porter de jugement particulier, Marc DUMON relève une utilisation consumériste du projet, les établissements ayant cherché à résoudre les problèmes qui se posaient à eux. Le projet a aussi

3 Le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86633 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière stipule : à l'article 6 : La durée hebdomadaire de travail ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours ; les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives, de 12 heures minimum. A l'article 7 il est précisé que la durée quotidienne du travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures. A l'article 11, il est dit qu'il ne peut être effectué plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires. Toutefois, lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du CTE, déroger à cette durée, sans que l'amplitude de la journée ne puisse dépasser 12 heures.

permis de mettre en œuvre des méthodes, notamment en matière d'objectivation de données. Il relève également que cinq établissements ont travaillé sur la question des transmissions. Il note encore plusieurs avancées et finit par poser une question pour laquelle il n'a pas de réponse : *"Fallait-il un projet pour arriver à des résultats qui ne relèvent parfois que du bon sens?"*.

Repas

Après le repas, Marc DUMON reprend son exposé en poursuivant sur la capitalisation du projet. Il évoque la réalisation de journées de communication regroupant entre trois cents et cinq cents personnes). L'idée était de sortir du projet lui-même afin d'aborder plus précisément différents thèmes comme l'ergonomie, l'organisation du travail. Il s'agissait d'offrir une porte d'entrée large pour arriver *in fine* à produire ensuite des retours d'expérience. En effet, selon Marc DUMON, *"en milieu hospitalier, chacun réinvente l'eau chaude dans son coin. La mutualisation se fait peu"*. Ce constat impose de mettre en œuvre des retours d'expérience. Marc DUMON évoque un retour d'expérience consacré à la manutention et regroupant plusieurs établissements. Il souligne également l'intérêt de l'organisation d'un séminaire des cadres de l'ANFH ayant permis de diffuser de nombreuses informations sur l'ensemble du territoire. Il rappelle aussi la multiplication de communications dans la presse au cours des années 2008 et 2009.

Que fait ressortir un bilan contrasté de PACTES. Si la gestion opérationnelle du projet a été bien bouclée et bien perçue; le bilan des actions elles-mêmes apparaît mitigé car les résultats peuvent paraître pauvres.

A noter un effet levier intéressant : des établissements ayant demandé plus que ce qu'ils avaient commandé au départ. Par exemple, une demande d'analyse ergonomique des plans d'un nouvel hôpital a été formulée. Le bilan lui apparaît donc finalement positif, même si ses résultats restent limités en termes d'impact des actions. *"L'ergonomie c'est comme la qualité ou l'hygiène hospitalière à un certain moment. Tout le monde pouvait être intéressé mais personne ne s'en occupait. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas"*, rappelle Marc DUMON.

Marc DUMON présente ensuite les outils de communication réalisés dans le cadre du projet PACTES (cf. : Site ergonomia . <http://www.anfh.asso.fr/ergonomia/>) Le site comporte plusieurs entrées : les ambiances, les espaces, les matériels, l'organisation du travail. Il offre de nombreux textes de référence et renvoie à d'autres sites facilement consultables.

Plusieurs cibles sont définies : un maximum de personnel hospitalier via le *"Cahier"*, diffusé à tous les établissements. Il s'agit de donner envie, souligne Marc DUMON. Quant au *"Livret tutorat"*, il a aussi pour cible tous les soignants. Il offre une vision organisationnelle du tutorat. Le *"Guide d'organisation du travail"* souhaite provoquer un peu d'innovation dans les établissements où les prises en charge sont très standardisées. Selon Marc DUMON, les jeunes générations demandent autre chose. Toutefois, le principe de l'ANFH était d'avoir et de conserver une analyse neutre. *"C'est aux établissements de décider"*, souligne Marc DUMON, *même si en même temps l'ANFH aimerait qu'ils se sortent des idéologies dominantes"*. Pour cela, une des cibles du guide reste les écoles de cadre.

Débat

Le débat qui suit l'exposé de Marc DUMON cherche à aborder plusieurs points : appropriation des domaines sur lesquels a porté le projet, professionnalisation des acteurs en matière d'ergonomie, acculturation des décideurs en matière de prévention des risques, suites à donner : évaluation à moyen terme des actions, des outils. Plusieurs interrogations récurrentes demeurent : la notion d'ergonomie devrait-elle être intégrée aux différents cursus de formation? ; Comment mesurer le retour sur investissement? ; La formation est-elle le meilleur levier? ; La mobilisation des acteurs n'est-elle pas rendue difficile alors que les acteurs restent soumis à toutes sortes d'obligations de réforme, d'évaluation?

Régis de GAUDEMARIS remarque le cercle vertueux qui se forme lorsqu'il s'agit de décider des bonnes choses au bon moment avec les mêmes personnes. Il souligne le fait que le projet ait repris une partie des conclusions de l'étude PRESS-NEXT, tout en soulignant la disparition de certaines dimensions, comme l'importance attribuée à la reconnaissance du travail fait, à l'autonomie de ceux qui le réalisent. Selon lui, comme il l'a exposé plus haut, la formation orientée vers l'action permet de se sortir de l'ergonomie traditionnelle.

Jacques SAVOYE demande des précisions sur la mise en commun pour les petits établissements peuvent être apportées. Il fait un rapprochement entre PACTES et les travaux du réseau CHU présentés dernièrement au CST. Il souligne l'intérêt des conditions de transfert des connaissances qu'offre la formation orientée vers l'action. Elle apparaît comme une réponse à l'enjeu d'une démultiplication coordonnée. Cela a été soulevé dans plusieurs CST à propos d'autres thèmes.

Marc DUMON répond aux différents points. Dans les démarches entreprises, les relations professionnelles ont été auditées, elles n'ont pas été cantonnées à une seule vision matérielle de l'organisation du travail. Quant à la question de l'autonomie des établissements, des outils étaient proposées par PACTES, mais c'étaient les hôpitaux ou les agents hospitaliers qui faisaient des choix d'organisation. Quant à la démultiplication, Marc DUMON rappelle que, pour les petits établissements, il est possible de former un agent qui ensuite diffuse dans un bassin local, par exemple dans le secteur de la gérontologie. *"On ne peut obliger personne, on est là pour susciter, pas pour obliger."*, déclare Marc DUMON.

Régis de GAUDEMARIS demande comment s'organise la concertation avec des consultants pour proposer des solutions aux petits établissements. Marc DUMON lui répond en rappelant qu'il y avait d'abord présentation des prestataires, puis l'ANFH servait de *"tampon"* entre le prestataire et l'établissement. Régis de GAUDEMARIS évoque l'intérêt d'une caution morale transversale. Marc DUMON répond que l'ANFH a fait le choix des prestataires, puis a travaillé avec eux pour que l'adaptation se fasse. *"Les hôpitaux n'avaient pas l'habitude de voir l'ANFH investir le champ des audits, mais nous ne sommes que logisticiens"*, rappelle-t-il.

Omar BRIXI se déclare satisfait de ce qu'il a entendu. Il rappelle que beaucoup de choses entendues éclairent les postulats suivants : si les soignants vont bien, les malades vont mieux; l'organisation du travail comme remède aux questions de santé au travail ; si tout le monde est impliqué c'est mieux ; les formations doivent être enracinées dans le réel ; l'esprit de compagnonnage doit être systématiquement recherché. Il existe un ensemble de pratiques sociales discréditées par le management qu'il s'agit de rétablir le plus vite possible. Il pose plusieurs questions : PACTES a-t-il vocation à perdurer ? Quelle évaluation ? Quel lien peuvent être établis avec le CNFPT et avec les centres de gestion. Nadim FARES profite de la formulation de ces questions pour en ajouter deux : quel lien de PACTES avec le corps médical ? Comment élargir la démarche ?

Marc DUMON répond à ces différentes questions. Le projet PACTES est terminé en tant que tel, mais l'ANFH n'écarte pas de renouveler le cycle de partenariat avec les hôpitaux que le projet a mobilisé. Du point de vue de l'évaluation des résultats, il regrette à nouveau que le projet n'ait pas été plus loin. *"On a retrouvé parfois simplement du bon sens"*, souligne-t-il. La porte d'entrée du développement durable lui paraît intéressante, porteuse. Mais les indicateurs d'évaluation sont difficiles à définir. Par exemple, quand l'absentéisme diminue, baisse-t-il à cause de telle mesure plutôt qu'à cause de telle autre? Il estime qu'il faudrait donner au bilan social une forme plus interactive. Mais l'ANFH n'a aucune influence là-dessus, semble-t-il regretter. Poursuivant les réponses aux questions qui lui ont été posées, il confirme que l'ANFH n'entretient pas de relation avec le CNFPT. Par contre, elle a des relations avec le corps médical pour la formation des soignants non médecins. Il termine en soulignant, pour répondre à une nouvelle question qu'il n'y a pas eu d'effet Marc DUMON. Si l'ANFH a capacité à mobiliser, c'est qu'elle a une bonne connaissance des établissements.

Hélène BERINGUIER souligne qu'elle a trouvé le projet très intéressant du fait de sa durée ramassée dans le temps, de l'importance des actions réalisées et du nombre de personnes impliquées sur place. Elle retient l'idée d'un chef de projet. Dans les établissements, les projets se délitent car, bien souvent, car il n'y a pas de chef de projet qui garantisse sa réalisation. Elle évoque l'enthousiasme que manifestent généralement des hospitaliers pour les projets. Elle se pose une question à propos du bon sens relevé par Marc DUMON : *"Pourquoi, dans les hôpitaux, ce bon sens n'agit-il pas ?"*

Philippe LAVEAU remercie l'intervenant pour la qualité du travail. L'ANFH apparaît représenter un important catalyseur de l'action. Elle a adopté une position pragmatique, respectant la liberté des établissements. Il souligne beaucoup de générosités dans les recherches existantes. *"Il suffit souvent simplement de donner les conditions pour que ça avance"*, remarque-t-il. Il avance une hypothèse. *"Ça a marché parce que l'ANFH a appris ce qu'était le paritarisme"*, remarque-t-il. *"Il s'est agi de gérer un projet commun. Une structure de travail devient saine quand elle répond à des objectifs partagés et consensuels. Il s'agit de travailler à la fois pour l'institution et pour le patient"*. Selon lui, si le bilan social reste méconnu et négligé, cela impose de se reposer l'utilité de sa gestion actuelle. Dans les établissements, le travail par projet d'établissement a démarré dans les hôpitaux depuis les années quatre-vingt douze ou quatre-vingt treize. Les leviers d'action partent du projet médical, et se déclinent jusqu'au projet social. Des projets comme PACTES pourraient revitaliser le projet social.

Michel ROLLAND souligne la dynamique du projet. La reconnaissance a été visée indirectement par les actions menées. Nadim FARES pose la question du rôle du FNP. Marc DUMON répond que sans le FNP, le projet n'aurait pu se faire, l'ANFH a pris l'option de rechercher des financements extérieurs. Elle a appris à le faire. Pour l'ANFH ce projet représente une sorte d'initiation. Il s'agit de se lancer dans quelque chose de nouveau, un autre type de projet aussi bien par les thèmes abordés que par le montage des financements. *"Il semble nécessaire d'avoir un financeur externe pour faire bouger les choses"*, remarque-t-il.

Régis de GAUDEMARIIS rappelle l'importance d'un chef de projet. Qu'en est-il de la notion de chef de projet au FNP, demande-t-il ? Cyril DALLIDET va dans le même sens et estime qu'il serait important que le FNP se donne un cadre lorsqu'il finance des projets: désigner un chef d'engagement, un chef de projet, ... Nadim FARES lui répond que les chefs de projet pourraient être définis en lien avec les différents partenaires. Régis de GAUDEMARIIS pense que le FNP devrait fournir au CST des indications précises sur la conduite des projets engagés. Omar BRIXI note qu'on y voit aujourd'hui plus clair. *"Pour ce qui a été présenté, c'est une philosophie"* souligne-t-il. *"Le paritarisme permettant aux acteurs de porter qu'ils possèdent déjà"*.

Elie MAROGLOU décrit les collectivités territoriales comme rassemblant une multiplicité d'acteurs, chaque maire, chaque président restant jaloux de la libre administration de sa structure. Il dresse un tableau des relations entre collectivités. Il existe une volonté de mobilisation pour travailler de manière structurée sur certains thèmes. Il convient de rechercher des acteurs fédérateurs selon le modèle qui vient d'être présenté.

Gérard LEBLANC se dit décalé à propos du débat qui se déroule. Il rappelle l'existence de suicides dans les collectivités territoriales. C'est un problème difficile à traiter. Nadim FARES évoque les risques psycho-sociaux et demande s'il faut que le CST aborde la question du suicide l'année prochaine. Michel ROLLAND pense que la question existe. Jacques SAVOYE évoque le cas de sa collectivité, et de la difficulté à faire reconnaître une simple dépression comme maladie professionnelle. Pour faire reconnaître cette maladie, il faut paradoxalement être en bonne condition physique et psychique. *"C'est un véritable tabou"*, remarque-t-il.

Gérard LEBLANC demande si la CNRACL possède des éléments d'objectivation à propos des suicides. Nadim FARES rappelle l'analyse de Marc MASURE, qui lui même confirme qu'il n'y a pas eu de cas repéré, sauf celui d'un interne en médecine qui s'est suicidé sur son lieu de travail. Eric OGER pense qu'il faut rester sur la question des risques psycho-sociaux en général, et Régis de GAUDEMARIS pense qu'aborder les risques sociaux par la question du suicide, c'est le faire par *"le petit bout de la lorgnette"*. *"C'est le pire indicateur des risques psycho-sociaux"*. Le représentant de l'Institut National de Veille Sanitaire, Julien BRIERE pense pourtant que ces cas sont tellement parlants qu'il est nécessaire de les étudier. Hélène BERINGUIER estime qu'il faut en parler pour évaluer la part du travail, et évaluer les conséquences sur ceux qui restent.

Dominique PECAUD rappelle que la prévention doit surtout reposer sur ce qui marche. Les suicides restent des symptômes, il est important de comprendre ce qu'il s'est passé, mais il faut mieux s'en prendre aux causes qu'aux symptômes. Jacques SAVOYE est d'accord avec Régis de GAUDEMARIS. Il convient de l'existence d'une *"sous-estimation phénoménale des troubles psycho-sociaux au travail"*, rendant nécessaire de travailler bien en amont. Il s'accorde également avec Dominique PECAUD, lorsque celui-ci suggère qu'il faut mettre en valeur ce qui marche. Omar BRIXI se joint à ce point de vue : il rappelle que la prévention doit s'appuyer sur le désir de vie. L'entrée sur les risques psycho-sociaux doit être faite plus en amont, même si les morts de France-Télécom ont levé le voile. Julien BRIERE appuie ces propos en proposant une analogie. La réduction des accidents de la route s'appuie sur le nombre de morts.

Gérard LEBLANC est d'accord avec Omar BRIXI mais souhaite que la question des suicides ne soit pas rejetée. *"Pourquoi ne retrouve-t-on pas le nombre de suicidés dans les fichiers administratifs?"*, demande-t-il. Nadim FARES remarque que cette question ne concerne pas seulement le suicide. Ludovic DEGRÈVE rappelle le cas d'un suicide de pompier que la CNRACL n'a pas voulu reconnaître. Elie MAROGLOU constate que le déni représente une force d'inertie colossale. Pour lui, en matière de risques sociaux, il est difficile de caractériser le danger et de savoir qui participe du déni.

Quelques propositions thématiques

Le débat se termine par des propositions thématiques pour l'année 2010. Régis de GAUDEMARIS rappelle la question du passage du travail hospitalier à 12 heures et le propose comme thème, à condition de ne pas le réduire à des questions physiologiques. Françoise PILLIN, quant à elle, évoque le thème de la nutrition, notamment à propos de l'évolution du diabète. Cela peut-il constituer un thème à part entière ou faut-il intégrer cette question à celle, plus générale des rythmes de travail.

Nadim FARES rappelle les deux sujets évoqués : le suicide au travail et l'adoption du travail de 12 heures à l'hôpital. Il rappelle le calendrier. Sans doute le premier CST n'aura-t-il pas lieu début janvier, à cause du colloque du FNP prévu à la même période.

Fin de la séance