HAL
open science

Dynamiques d'interventions des ergonomes dans le champ du maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques

Celia Queriaud

To cite this version:

Celia Queriaud. Dynamiques d'interventions des ergonomes dans le champ du maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques. Psychologie. Universite de Bordeaux - Ecole doctorale SP2 - Societes, Politique, Sante Publique, 2014. Français. NNT : . tel-01163563

HAL Id: tel-01163563

https://shs.hal.science/tel-01163563

Submitted on 14 Jun 2015

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.

Université de Bordeaux

École doctorale SP2 - Sociétés, Politique, Santé Publique

Centre de Recherches sur l'Expérience, l'Age et les Populations au Travail

Centre d'Études de l'Emploi

THÈSE

pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN ERGONOMIE DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2014

Par **Célia QUERIAUD**

Née le 26 mars 1984 à Poitiers (86)

Dynamiques d'interventions des ergonomes dans le champ du maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques

Sous la direction de François DANIELLOU et Serge VOLKOFF

Membres du Jury :

François Daniellou, Professeur, Université de Bordeaux	directeur de thèse.
Christine Le Clainche, Maître de conférences HDR, ENS Cachan	examinatrice
Dominique Lhuilier, Professeur émérite, Cnam Paris	examinatrice
Yves Roquelaure, Professeur de médecine PU-PH, CHU d'Angers	rapporteur
Francis Six, Professeur émérite, Université de Lille 3	rapporteur
Serge Volkoff, Directeur de Recherche Associé au CEE, HDR, CREAPT - CEE Noisy-Le-Grand	co-directeur de thèse

- Remerciements -

Je remercie en premier lieu mes directeurs de thèse, François Daniellou et Serge Volkoff, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour vos apports "tellement" complémentaires à ce travail de recherche :

- François pour le rythme de travail que tu as su me donner, l'organisation et l'alimentation de mes idées et pour ta bienveillance à bien des égards.
- Serge pour nos longues séances de travail me poussant au bout de mes réflexions, m'aidant à m'affirmer en tant que chercheuse et pour ta confiance.

Je remercie les membres du jury de me faire l'honneur de lire et d'évaluer ce travail de recherche.

Un grand merci à toute l'équipe d'I.D. Ergonomie : Jean-Marie, Alix, Anne-Marie, Olric, Hélène, David, Anne-Lise, Luc, Émilie, Evelyne, Patricia et Thomas, sans qui cette thèse n'aurait pu être réalisée. Merci pour les enseignements professionnels retirés à leur contact, leur participation active au processus de recherche, leur capacité d'écoute et l'organisation mise en place au cours de ces 3 années et demie. Merci à la direction de l'ARERAM.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'équipe du CREAPT, notamment Céline Mardon, pour son aide si précieuse ainsi que l'équipe du département d'Ergonomie de m'avoir accueillie, conseillée, aidée. Un merci tout particulier à Bernard, Johann et Nadège. Merci à Jacques Leplat et à Annie Weill-Fassina pour nos rencontres qui m'ont guidée dans ce travail de recherche.

Merci aux ergonomes (dont je ne peux divulguer le nom, mais qui se reconnaîtront) qui ont accepté de se prêter à l'exercice des simulations.

Merci à Samuel, Gaëtan, Julien, Justine, Lucie, Yann, Loïc, Sarah, Maria Sol, Vincent pour leur aide, leurs conseils et leurs encouragements. Merci au RJCE et au GEDER.

Je tiens à remercier :

- Olivier, qui a su trouver les phrases me redonnant du courage et le sourire pour continuer,
- mes parents pour leurs encouragements perpétuels, tout au long de cette thèse mais aussi lors de mon cursus scolaire et universitaire,
- ma famille et tout particulièrement Marie-Pierre,
- mes amis et amies, toujours là, de la recherche de financement de cette thèse (tant désirée) à la finalité de cette dernière : Sandrine, Valérie, Elodie, Fanny, Carine, Guillaume, Didier, Corinne, David, Méhani, Rémi, Julien, Thomas, Claire, Aurore, Marine, Guillaume.

Merci à Monsieur le Professeur Dumont qui m'a montré que j'étais "capable de le faire" mais aussi pour ses relectures et ses impulsions de rédaction.

Curieusement, ces remerciements s'adressent également à tous ces lieux qui ont pu m'accueillir et m'inspirer dans ce travail, aussi divers que variés, tant au niveau de la localisation géographique : Paris, Bordeaux, Vaux-Sur-Mer, Limoges, Saint-Maur des Fossés, Taverny, Gagny, qu'au niveau de mes lieux de travail: mes bureaux bien sûr, mais le train avec ses bruits, ses roulements, ses rencontres, ses moments de calmes ponctués parfois par des rires et/ ou des pleurs d'enfants. Il y a eu la voiture aussi et pas des moins agréables la plage de Nauzan, idéale pour lire et comprendre des articles et prendre l'air tout en travaillant.

Sans oublier, la musique, qui me permettait de me concentrer, en m'isolant des bruits extérieurs, de me stimuler, de m'encourager, mais aussi qui m'apaisait et me berçait parfois pour un petit somme de récupération…

Ces années de recherche ont été tellement riches en échanges, en rencontres contribuant chacune à l'élaboration de ce travail. Merci pour çà.

" Partout où l'homme apporte son travail, il laisse quelque chose de son cœur"

Henry Sienkiewicz

RESUME

Le maintien dans l'emploi d'un salarié malade chronique est une situation de haute complexité par des implications professionnelles, juridiques, sociales et relatives à la sphère privée, concernant une multitude d'acteurs communiquant de façon plus ou moins efficace. L'ergonome consultant est sollicité ponctuellement pour agir sur cet objet multidimensionnel avec de multiples contingences, impliquant des contraintes de temps, des contretemps et des imprévus. Dans cette recherche, le processus "maintien dans l'emploi" est modélisé au travers des cadres temporels (fenêtre d'intervention ergonomique et épisode "Intervention Maintien dans l'Emploi") et des temporalités (histoires longues du salarié et de l'entreprise) impliqués. A l'aide de trois grandes méthodes d'analyse (autoanalyse d'interventions, simulations d'interventions et suivis-observations d'autres ergonomes), il est possible de caractériser le pilotage efficace et subtil des dimensions temporelles, mis en œuvre par l'ergonome dans ce contexte d'intervention précis. Ce pilotage implique une certaine dynamique d'intervention alternant des processus de compréhensions et d'actions. L'ergonome agit ici et maintenant mais dépasse aussi le cadre contraint de sa fenêtre d'intervention. Il cherche à avoir prise sur chacune de ces dimensions temporelles, par un processus actif de construction de sa représentation. Pour pérenniser au mieux le maintien dans l'emploi du salarié concerné, il va tenter de réduire, voire de prévenir les dyschronies entre ces dimensions temporelles, et de promouvoir entre elles des articulations efficientes.

Mots clés : maintien dans l'emploi, maladie chronique, handicap, pilotage, dynamique, dyschronies, synchronies.

ABSTRACT

Keeping a chronically ill person at work is a highly complex situation, considering its implications in professional, legal, and social implications as well as those related to the private sphere. These situations involve a multitude of stakeholders who communicate in more or less efficient ways. Consultants in ergonomics are occasionally called on to act upon this multidimensional object that is subject to many contingencies that involve time constraints, delays, and unforeseen events. In this research work, we have modelled the process of “maintaining in employment” based on the time frames (the window of ergonomic intervention and the episode of “intervention for maintaining in employment”) and the time lapses (the long-term histories of the employee and of the company) involved. Using three main methods of analysis (self-analysis of interventions, simulations of interventions and observations of other ergonomists), we were able to characterize the effective and subtle management of temporal aspects by the ergonomist operating within this specific context of intervention. This management implies specific dynamics of intervention, alternating processes of understanding and action. Ergonomists act in the “here and now”, but also go beyond the constrained framework of their window of intervention. They aim to gain control over each of these temporal dimensions, through a process of active construction of their representations. In order to maintain the workers involved in sustained employment in the best possible way, they will attempt to reduce, or even prevent the dyschronies between these different dimensions, and to promote constructive connections between them.

Keywords : keeping at work; chronic illnesses; disability; management; dynamics; dyschronias; synchronias.

Table des matières

Introduction : D'un parcours professionnel à une problématique de recherche 19

1. Présentation de la structure d'accueil de la recherche doctorale 21
2. Intérêts sociaux et sociétaux de la recherche 23
3. Questions de recherches 25

Chapitre 1 : La pratique de l'ergonome au travers des différents temps de l'intervention 27

1. De l'ergonomie défensive à l'ergonomie constructive 27
2. Qu'est ce que l'intervention ergonomique ? 28
3. Les différents temps de l'intervention ergonomique : de la demande d'intervention à l'après intervention 30
   - 3.1. De l'amorce de l'intervention à la demande d'intervention 30
   - 3.2. L'ergonome dans l'intervention 31
   - 3.3. L'intervention ergonomique, une parenthèse dans la vie (histoire) de l'entreprise. 39
   - 3.4. Les suites de l'intervention ergonomique 40

Chapitre 2 : L'épisode "Intervention Maintien dans l'emploi" (IME) avec ses temps contraints, ses temps prescrits. 41

1. Définitions conceptuelles du maintien dans l'emploi 41
2. Présentation des cadres législatifs et institutionnels français en lien avec le maintien dans l'emploi. 44
   - 2.1. Des statuts divers et cumulables 44
   - 2.2. L'arrêt de travail, souvent initiateur de l'épisode IME, du ressort du médecin traitant 47
   - 2.3. L'aptitude et l'inaptitude au poste de travail, du ressort du médecin du travail .. 48
   - 2.4. La prise en charge sociale du ressort de la sécurité sociale 53
   - 2.5. La reconnaissance du handicap du ressort de la MDPH 57
   - 2.6. Les mesures de compensation du handicap du ressort institutionnel (AGEFIPH/FIPHFP) 59
   - 2.7. L'emploi des travailleurs en situation de handicap du ressort de l'entreprise 63
   - 2.8. Des actions multi-acteurs 66
3. Comment fait-on appel à l'ergonome dans ce cadre ? 68
4. Du handicap aux capabilités 70

4.1. Comment définir le handicap ? ... 70
4.2. Du questionnement de la normalité au handicap situationnel ... 74
4.3. Un état flou et fluctuant aux yeux de la société ... 76
4.4. Un contexte législatif pour un objet complexe et multidimensionnel ... 77
4.5. Des approches du handicap visant le développement individuel ... 78
Chapitre 3 : Les apports de la recherche dans les dimensions temporelles du maintien dans l'emploi ... 81
1. Le parcours et le cheminement du salarié atteint ... 81
2. Un retour au travail précoce et/ou progressif ? ... 84
3. Cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH) ... 86
4. Des démarches éprouvées pour le maintien du lien d'emploi des salariés atteints de TMS ... 87
Chapitre 4 - Les entreprises disponibles, préparées face aux situations où le maintien dans l'emploi est en jeu ? ... 91
1. Les freins et leviers à l'intégration des personnes handicapées en entreprise ... 91
1.1. Les stéréotypes et discriminations à l'égard du handicap ... 91
1.2. Retentissements économiques et handicap ... 94
1.3. La notion d'aménagement raisonnable ... 94
2. L'entreprise, son organisation, un environnement d'intégration ? ... 95
3. Les manageurs et le maintien dans l'emploi ... 97
4. Le rôle des Ressources Humaines ... 97
5. Les approches du handicap en entreprise ... 99
5.1. Une approche par l'égalité des chances, une approche réactive ... 100
5.2. La gestion de la diversité, approche proactive ... 100
5.3. L'approche par les capacités visant l'égalité dans le milieu de travail. ... 103
6. Des opportunités d'actions durables pour l'entreprise vis-à vis du maintien dans l'emploi ... 105
6.1. La responsabilité sociale ou sociétale ... 105
6.2. L'employabilité ... 106
6.3. La socialisation organisationnelle ... 106
7. La santé vue par les gestionnaires ... 107
8. Conclusion ... 109
Chapitre 5 - Les spécificités du travailleur malade ... 111

1. La maladie chronique et ses effets 111
1.1. Comment définir la maladie chronique ? 111
1.2. Les effets notables et communs à l'ensemble des maladies chroniques 112
2. Les temps de la maladie chronique évolutive, leurs gestions par l'individu lui-même 116
2.1. Les différentes phases de toute maladie chronique 116
2.2. La gestion de la maladie par le malade lui-même 118
3. L'implication de la maladie chronique dans le travail 121
3.1. Les temporalités du travailleur malade et de son entreprise : un risque de disjonction 121
3.2. De la modulation à la mise en place d'un équilibre dans l'entreprise 123
3.3. Un environnement de travail à recréer pour le salarié malade 124
3.4. Le contrôle de l'information de la maladie chronique évolutive 125
Chapitre 6 - Un carrefour de dimensions temporelles pour l'ergonome consultant. 129
1. Gestion de projet et compromis temporels associés 130
2. Le processus maintien dans l'emploi, un environnement dynamique 131
3. Un carrefour temporel de dimensions temporelles de différents ordres 133
3.1. Au sens du parcours biographique 133
3.2. Au travers de l'examen des relations santé-travail, d'une approche diachronique 135
3.3. De la caractérisation des dimensions temporelles aux dyschronies 138
3.4. Des dimensions temporelles intégrées dans l'analyse ergonomique 143
4. Des représentations temporelles à la mémoire collective 144
4.1. Des représentations temporelles utiles à la décision et au conseil 144
4.2. La mémoire collective ou sociale, meilleure expression de ces dimensions temporelles 145
Chapitre 7 - Problématique et méthodologie associée : Les dynamiques d'interventions de l'ergonome : une articulation subtile des cadres temporels d'intervention et temporalités de long terme. 147
1. Le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de PCE, un objet d'intervention multidimensionnel aux multiples contingences 149
1.1. Hypothèse 1 149
1.2. Recueil de données et analyses : réalisation d'interventions par la chercheuse elle-même consultante 150

2. L'ergonome cherche à avoir prise sur chacun des cadres temporels et des temporalités du maintien dans l'emploi mais aussi à les combiner. 157

2.1. Formulation des hypothèses 2 et 3 : 157

2.2. Recueil de données et analyse : Entretien de simulation d'interventions par la parole 159

2.3. Recueil de données et analyse : Suivis d'interventions d'ergonomes consultants 165

Chapitre 8 : Résultats - L'intervention de l'ergonome dans le processus « maintien dans l'emploi » avec ses multiples contingences. 173

1. Une planification du volume de l'intervention ergonomique, concordante avec le réel. 173

2. Une multitude d'actes dans un temps déterminé 174

2.1. Une multitude d'échanges 174

2.2. Un temps de suivi, hors entreprise 176

2.3. Les recombinaisons d'étapes d'interventions 178

3. Un programme d'intervention soumis aux décalages et aux attentes 180

3.1. Des décalages de rendez-vous 180

3.2. Les phases d'attentes 182

3.3. La gestion des attentes par l'ergonome 185

4. Les actes et initiatives de l'ergonome dans ce contexte marqué de contingences.... 186

4.1. Repérer les facteurs de difficultés 186

4.2. Observer le travail 188

4.3. Échanger sur les pratiques 188

4.4. Proposer des aménagements 188

5. Approche typologique des caractéristiques de l'intervention ergonomique 191

5.1. De l'ACM à la typologie d'interventions : 191

5.2. Une typologie d'interventions mise à l'épreuve 195

6. Des exemples d'interventions 205

6.1. Une intervention « succincte », RECHERCHE 205

6.2. Une intervention « technique », ASSURO 206

6.3. Une intervention « délicate », BUROBAT 209

7. La spécificité de la maladie chronique sur l'intervention de l'ergonome 211

7.1. L'état de santé et son évolution 212

7.2. Les rapports organisation du travail -traitement médical du salarié 213

7.3. Le mode de communication du salarié par rapport à son état de santé, dans l'entreprise. 214

8. Conclusion du Chapitre 8 215

Chapitre 9 - Résultats : Avoir prise sur chacun des cadres temporels et des temporalités du maintien dans l'emploi, mais aussi les combiner. 217

1. Avoir prise sur l'épisode « Intervention Maintien dans l'Emploi 218

1.1. Compréhension et vérification de la cohérence de l'épisode IME 218

1.2. Optimisation des ressources pour l'ergonome : priorité, hiérarchisation, implication des différents acteurs. 226

1.3. Des perspectives d'action de l'ergonome au travers de l'épisode IME 233

1.4. Synthèse conclusive 244

2. Avoir prise sur l'histoire longue du salarié : 245

2.1. Diagnostic progressif de l'histoire du salarié malade : 245

2.2. Un usage stratégique et non affiché de la recherche de solutions techniques .. 251

2.3. Une temporalité d'action pour l'ergonome liée à la perception par le salarié de sa propre maladie 253

2.4. Synthèse conclusive 257

3. Avoir prise sur l'histoire de l'entreprise : prise en compte de ses projets et de ses limites. 259

3.1. Une approche subjective de l'entreprise 259

3.2. De la structure organisationnelle d'une entreprise à l'organisation du travail... 260

3.3. L'équipe de travail : de l'effectif au collectif de travail 264

3.4. Des dimensions moyen-long terme, les possibilités de l'entreprise : état financier, projets, politique handicap. 268

3.5. Synthèse conclusive 274

4. Le maintien dans l'emploi, un carrefour temporel à négocier par l'ergonome 275

4.1. Le souci des dyschronies pour les ergonomes 275

4.2. Des dyschronies à la combinaison des temps 276

4.3. Des stratégies qui traversent les dimensions temporelles pour la poursuite de l'action après la fenêtre d'intervention 290

4.4. Les pronostics et les doutes de l'ergonome à l'issue de l'intervention 295

4.5. Synthèse conclusive 301

Chapitre 10 : Discussion - Limites et Perspectives de recherche 303
1. Apports de la recherche 303
1.1. Apports directs de la recherche 303
1.2. Apports généraux de la recherche 310
2. Limites de la recherche 312
3. Perspectives des recherches et d'actions 313
3.1. Au niveau micro 313
3.2. Au niveau méso 313
3.3. Au niveau macro 317
Bibliographie 319

Liste des tableaux

Tableau 1: Les différents statuts possibles pour le salarié dont le maintien dans l'emploi est en jeu. 44
Tableau 2 : La trajectoire et le cheminement dans le processus de retour au travail des travailleurs, suite à une lésion professionnelle 82
Tableau 3: Sens et non sens des démarches handicap, pour les Responsables RH 99
Tableau 4: Fatigue et maladies chroniques. 112
Tableau 5 : Nature des temporalités et positions temporelles (Roquet, 2013) 135
Tableau 6 : Caractéristiques comparées des dimensions temporelles inspirées de Grossin (1996) 139
Tableau 7 : Catégorisation des dimensions temporelles du processus "Maintien dans l'emploi", à partir de celles de Grossin (1996) et de Roquet (2013) 139
Tableau 8 : Organisation du journal de bord 152
Tableau 9 : Codage des échéanciers et des calendriers d'intervention 157
Tableau 10 : Premier niveau de codage de l'analyse thématique des entretiens de simulation. 164
Tableau 11 : Les 4 Interventions suivies par la chercheuse 165
Tableau 12 : Sujets des extraits permettant l'autoconfrontation et questionnement associés. 168
Tableau 13 : Nombre de contacts avec les acteurs les plus impliqués et agissants 175
Tableau 14 : Les recombinaisons de jours dans les interventions 180
Tableau 15 : « Dérive essais » 181
Tableau 16 : « Dérive observation » 182
Tableau 17 : Planning de l'ergonome à 70% (en gris temps dédié à la recherche, en blanc, jours non travaillés, en jaune, travail collectif, SDB : suivi de dossiers et/ou rédaction). 183
Tableau 18 : Répartition des interventions suivant la typologie. 195
Tableau 19 : Typologie d'interventions suivant l'existence d'aménagements antérieurs, efficaces ou non. 196
Tableau 20 : Visibilité des difficultés de santé suivant la typologie 197
Tableau 21 : Communication du salarié autour de la maladie suivant la typologie. 198
Tableau 22 : Éléments justifiant l'action de maintien dans l'emploi suivant la typologie d'interventions. 198
Tableau 23 : Préoccupations de l'ergonome suivant la typologie d'interventions. 199
Tableau 24 : Empan temporel des interventions suivant la typologie 200
Tableau 25 : Comparatif des interventions «délicates» et «techniques», selon les actes de l'ergonome. 200
Tableau 26 : Les catégories d'aménagements suivant les types d'intervention. 201
Tableau 27 : Perturbations du déroulé temporel des 3 types d'interventions et actions engagées 203
Tableau 28 : Place du Responsable direct et des collègues dans l'intervention, suivant la typologie 204

Tableau 29 : L'évolution de l'état de santé comme facteur influençant l'intervention, pour les situations où le salarié a des limitations de tout effort physique ou lorsque l'appareil neurologique est atteint..... 212
Tableau 30 : Quand l'évolution de l'état de santé influence-t-elle le déroulé de l'intervention ergonomique ? 213
Tableau 31 : Les perturbations de l'intervention ergonomique pour les situations où l'organisation du travail est fonction du traitement et vice-versa 214
Tableau 32 : Acteurs agissants pendant l'intervention, pour les situations où l'organisation du travail est conditionnée par le traitement. 214
Tableau 33 : Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise et visibilité des difficultés de santé..... 215
Tableau 34 : Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise et les perturbations du déroulé de l'intervention associées..... 215
Tableau 35 : Tableau des entrants, sortants de l'intervention et moyens utilisés par l'ergonome (suivi THEATRO). 281

Liste des figures

Figure 1 : Étapes types de la trajectoire professionnelle d'un patient douloureux..... 43
Figure 2 : L'avis d'aptitude formulé par le médecin du travail. 49
Figure 3 : La procédure de constatation de l'inaptitude médicale au poste de travail 50
Figure 4 : La recherche obligatoire de reclassement dans l'établissement, l'entreprise, le groupe..... 52
Figure 5 : Schémas possibles de rémunération du salarié malade chronique, en cas de réduction du temps de travail et de poursuite d'activité 56
Figure 6 :L'AGEFIPH, ses partenaires services et ses prestataires 60
Figure 7 : Accord d'entreprise, convention Agefiph, quelles différences ?..... 64
Figure 8 : Acteurs et institutions du maintien dans l'emploi 67
Figure 9 : Classification internationale des handicaps (Wood)..... 72
Figure 10 : Modèle adapté de la CIF..... 72
Figure 11 : Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail 83
Figure 12 : Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle 85
Figure 13 : Première présentation de la composante PPH du Modèle de développement humain - Processus de Processus de production du handicap (MDH - PPH) 86
Figure 14 : Modèle de développement humain et Processus de production du Handicap (MDH-PPH 2) 87
Figure 15: Modèle des facteurs affectant le traitement des individus reconnus handicapés dans les organisations 93
Figure 16 : Comment favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées au sein des organisations ? 102
Figure 17 : Étapes de la socialisation organisationnelle 107
Figure 18 : Schéma illustrant les combinaisons possibles pour la situation d'un malade chronique 111
Figure 19 : Distinctions entre les temporalités des malades et leur entourage..... 122
Figure 20 : Modèle schématique du processus "Maintien dans l'emploi" 129
Figure 21 : Schéma général des relations entre travail et santé au fil de l'existence..... 136
Figure 22 : Modèle schématique du processus "Maintien dans l'emploi" 158
Figure 23 : Mise en relation du volume des interventions et du nombre des appels téléphoniques..... 177
Figure 24 : Nombre moyen de diverses perturbations selon l'existence d'aménagements organisationnels antérieurs à l'intervention..... 185
Figure 25 : Est-ce que l'entreprise a déjà fait des aménagements destinés au salarié concerné ? 189
Figure 26 : Les aménagements, une comparaison entre les essais de l'entreprise et les propositions de l'ergonome 190
Figure 27 : ACM avec indication des axes et de la typologie d'interventions. 192

Figure 28 : L'épisode IME au travers de l'intervention THEATRO avec le suivi du sujet "aide humaine" par l'ergonome 242
Figure 29 : L'histoire longue du salarié au travers de l'intervention THEATRO avec verbatim associés, concernant la perception de sa maladie, par le salarié 254
Figure 30 : Diagnostic progressif de l'histoire longue du salarié par l'ergonome..... 258
Figure 31 : Domaines d'interrogations, sur l'histoire de l'entreprise, des ergonomes à partir d'un incident..... 266

Liste des abréviations

AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ALD	Affection Longue Durée
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIH	Classification internationale des handicaps
CIH-2 / CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM	Classification Internationale des Maladies
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM(IF)	Caisse Régionale d'Assurance Maladie (Ile de France)
CSST	Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail québécoise
DIRECCTE	Direction Régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRH / RRH	Directeur (ou direction) / Responsable des Ressources Humaines
EPAAST	Études Préalables à l'Adaptation et à l'Aménagement des Situations de Travail
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées de la Fonction Publique
IJ	Indemnités Journalières
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
PCE	Pathologie Chronique Évolutive
PDP	Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PPH	Processus de Production du Handicap
PREVICAP	programme PRÉVention des situations de handICAP au travail
RLH	Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSE	Responsabilité Sociale de l'Entreprise
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapées
SIMH	Système d'Identification et de Mesure du Handicap
TPT	Temps Partiel Thérapeutique
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction : D'un parcours professionnel à une problématique de recherche

L'objet de cette recherche, portant sur l'apport de l'ergonome dans le processus de maintien en emploi des salariés ayant une pathologie chronique évolutive, est le fruit d'un enchevêtrement de situations vécues, d'une réflexion sur ces situations, d'une maturation affinée au fil des années, d'expériences professionnelles et de rencontres.

Lors de ma première expérience professionnelle dans un établissement hospitalier, dans le cadre de l'animation d'une cellule pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi, j'allais à la rencontre des professionnels et notamment des soignants et j'ai été interpellée par ces soignantes qui m'expliquaient entre deux portes ou deux soins, qu'elles avaient une spondylarthrite ankylosante. Et pas une seule, mais au moins 5-6 soignantes en l'espace de quelques semaines ! Cela parait anecdotique sur un effectif de près de 7000 salariés. Mais cette redondance m'a interpellée ainsi que leur discours : "ça ne se voit pas mais je souffre le martyre !", "J'ai les articulations qui gonflent tellement par moment" et " et puis j'ai pris du poids", "Vous avez vu, cet hôpital est tout neuf, ils nous ont mis des couloirs très longs et moi, j'ai du mal à me déplacer !" et " Et je me sens tellement fatiguée". A l'issue de ces différents entretiens, je me suis renseignée sur cette maladie avec un nom un peu "barbare" pour moi avec une recherche internet ; et là, j'ai vu que c'était une maladie chronique évolutive, évoluant par poussées. Ma recherche d'informations ne s'est pas arrêtée là, je me suis tournée vers mes collègues professionnels médicaux, les médecins du travail ou de prévention de cet établissement, qui bien sûr m'ont décrit cette maladie mais m'ont surtout exprimé les (leurs) difficultés à aménager les situations de travail pour les salariés ayant ce type de maladie.

Ma réflexion s'est poursuivie, toujours dans ce même établissement hospitalier. La rencontre avec une jeune infirmière (d'âge similaire au mien), atteinte d'une sclérose en plaques, a été également déterminante. Ne pouvant plus exercer comme IDE en oncologie ou dans tout service, suite à un arrêt long maladie, elle a repris dans le service du S.A.M.U[1] en tant que Permanencier d'Aide à la Régulation Médicale à 50 % pendant 3 mois puis à 100%. Des aménagements sont mis en place : une affectation plutôt la journée où la charge de travail est moindre. L'intégration se passe bien, l'expérience est enrichissante pour la salariée mais cela est sans compter son sentiment d'être trop éloignée des soins. Ainsi toujours attirée par le côté plus "soignant" et souhaitant des contacts plus directs avec les

[1] Service d'Aide Médicale Urgente

patients, elle postule, 6 mois après son affectation au S.A.M.U pour un poste d'infirmière de santé au travail.

Plusieurs questionnements émergent alors dans mon esprit : la pérennité du maintien dans l'emploi, la préparation de la reprise de travail suite à un arrêt de longue durée et la question de l'évolution professionnelle. En tant qu'ergonome interne à l'époque, j'ai pu suivre et participer à cette démarche d'évolution professionnelle en dépit des difficultés de santé, visibles à certains moments, à d'autres non, avec une évolution par crises pour cette salariée.

Ces deux exemples-expériences m'ont amenée à détecter l'importance de travailler sur le maintien dans l'emploi des salariés ayant une pathologie chronique évolutive.

Parallèlement à cet emploi, j'ai mené une recherche (Quériaud, 2008), réalisée en 2007/2008 dans le cadre du master recherche en ergonomie, sur le retour au travail du personnel hospitalier féminin atteint d'une maladie chronique évolutive : Exemple du cancer du sein. Cette étude a permis d'identifier l'impact de ce type de maladie sur le travail :

- au niveau individuel : conséquences de la maladie au niveau physique, cognitif et psychique, impactant sa capacité opérative à plus ou moins long terme ou encore la modification de sa perception de la chronologie du travail pour la salariée concernée,
- au niveau de l'équipe de travail tant au niveau des aides et des modalités de soutien qu'au niveau des craintes et des attitudes de rejet que cela peut engendrer dans l'équipe de travail,
- au niveau de l'encadrement avec les recherches d'aménagements, d'adaptations et la gestion de la reprise, du temps partiel thérapeutique.

Le temps prend une part déjà importante dans cette recherche : l'anticipation pour préparer les reprises de travail. Bien conscient que les soignantes qui reprennent le travail suite à un arrêt de travail, lié à un cancer du sein, ne peuvent être opérationnelles à 100 % dès les premiers jours, l'encadrement parle de la nécessité d'accorder du temps, une "période d'acclimatation", un temps de réappropriation du rythme de travail, de réintégration dans le collectif de travail. Mais le temps peut jouer contre ces soignantes, les contraintes des services hospitaliers impliquent un affaiblissement des aides accordées par le collectif au début de la reprise. Cette étude a permis de caractériser les impacts possibles d'une maladie chronique évolutive (ici le cancer) à différents niveaux : individuel, collectif, managérial mais aussi les enjeux temporels associés.

La réflexion s'est poursuivie lors de ma deuxième expérience professionnelle, ergonome IPRP (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels) dans un service de santé au travail inter-entreprises. A partir de ce moment, toujours dans le cadre du maintien dans l'emploi des salariés ayant une pathologie chronique évolutive, ma réflexion s'est davantage portée sur le rôle de l'ergonome, son interaction avec différents acteurs du maintien dans l'emploi et ses modalités d'actions. Lors de cette expérience, j'ai réfléchi et essayé de

travailler sur les modalités d'interaction avec le médecin du travail, pour que cette interaction devienne efficace et évolue plutôt vers une collaboration (au sens de Weill-Fassina et De la Garza (2000)), avec un but commun. Un autre acteur, à la fois demandeur et professionnel du maintien dans l'emploi, s'est révélé lors de cette expérience professionnelle : le chargé de mission SAMETH.

Les impératifs du secteur privé me sont apparus avec, par exemple, le risque de perte d'emploi plus affirmé que dans le secteur public, par licenciement suite à un avis médical d'inaptitude du salarié à son poste de travail.

L'ergonome dans ce cadre professionnel est soumis à des impératifs temporels :

- une arrivée tardive de la demande d'intervention quand la situation s'est déjà bien enlisée,
- une nécessité d'action rapide, dans l'urgence, surtout quand l'avis d'inaptitude est prononcé ou que le salarié doit reprendre le travail avec aménagement de sa situation de travail réalisé,
- un temps dédié pour réaliser l'intervention, fixé par les impératifs gestionnaires du service de santé au travail…

Au niveau de ces impératifs temporels, nous retrouvons des similitudes dans la pratique de l'ergonome consultant. Cette recherche a d'ailleurs été réalisée dans une structure ayant un fonctionnement similaire à celui d'un cabinet de consultants ergonomes proprement dit, avec pour différence le fait qu'elle soit portée par une association.

1. Présentation de la structure d'accueil de la recherche doctorale

I.D. Ergonomie a été créée en 1998 par l'ARERAM (Association pour la Rééducation des Enfants et la Réadaptation des Adultes en difficultés Médico-sociales, association intervenant dans le secteur social et médico-social depuis 1952) avec l'aide de la délégation Île-de-France de l'Agefiph. Cette création répondait aux besoins convergents des employeurs, des salariés concernés et plus généralement, des acteurs intervenant au bénéfice du maintien dans l'emploi et de l'embauche de personnes en situation de handicap.

Depuis, la mission d'I.D. Ergonomie consiste à étudier et à déterminer les solutions nécessaires à l'aménagement d'une situation de handicap au travail, quel que soit le type de déficience et quel que soit le poste occupé, au moyen d'études ergonomiques, dans l'esprit et en application des lois sur le handicap, de 1987 et 2005. A la différence de la plupart des cabinets d'ergonomes qui travaillent sur des applications diversifiées de l'ergonomie, I.D. Ergonomie intervient dans la perspective de la compensation d'une situation de handicap au travail. Ce positionnement est la résultante de l'historique de notre cabinet et également l'effet du projet associatif de l'association ARERAM, à laquelle il appartient.

Cette spécialisation a permis à la structure d'approfondir sa connaissance des questions et enjeux liés au handicap dans un contexte d'entreprise, dans une perspective résolument tournée vers le projet professionnel des personnes concernées.

Le champ d'intervention d'I.D. Ergonomie s'étend de l'aménagement des situations de travail à l'accessibilité des locaux professionnels. La typologie des interventions est la suivante :

- L'aide à la validation (1 à 2 jours).
- La recherche de solutions (3 à 5 jours).
- L'expertise de l'accessibilité du lieu de travail. (1 à 4 jours).
- La conduite de projet (4 à 10 jours).

Dans plus de la moitié des cas pour 2011, les interventions concernent des personnes avec un handicap moteur : troubles musculo-squelettiques, problèmes de dos, mobilité réduite… 19 % des interventions s'adressent à des personnes ayant une maladie invalidante, potentiellement une maladie chronique évolutive.

I.D. Ergonomie mène également des interventions plus globales, afin d'accompagner les entreprises dans leurs démarches touchant la prévention des risques professionnels, ou dans le cadre d'un maintien dans l'emploi collectif.

Pour les entreprises éligibles au Fonds de l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou du FIPHFP (Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées de la Fonction Publique), les interventions sont prises en charge financièrement par ces organismes, par le biais d'une convention annuelle avant 2012 et par l'appel d'offres EPAAST (Études Préalables à l'Adaptation et à l'Aménagement des Situations de Travail), en fonction du nombre de jours effectués, selon un cahier des charges précis. Depuis début 2012, les demandeurs possibles pour ces études sont le SAMETH, le CAP EMPLOI et les centres de gestion.

Pour les entreprises bénéficiant d'un accord d'entreprise sur le handicap, les interventions sont directement facturées aux demandeurs, en application de devis préalablement établis.

Les interventions d'I.D. Ergonomie sont caractérisées par au moins un déplacement sur site de l'intervenant en charge, et sont conclues par un document : le compte-rendu d'intervention.

Ce document mentionne :

- Le contexte de l'entreprise et la situation de travail,
- L'analyse de cette situation et ses conséquences en termes de situation invalidante,
- Les propositions d'aménagement ou d'adaptation de type technique ou organisationnel, discutées au regard de leur efficience et de leur faisabilité.

Les solutions qui nécessitent l'intervention de fournisseurs extérieurs sont chiffrées, en s'appuyant sur les devis prévoyant leurs coûts.

Entre 2010 et 2012, l'effectif d'I.D. Ergonomie est passé de 5 ergonomes à 8. L'intégration des 3 ergonomes (dont moi, en tant que doctorante) a été source de réflexions pour cette recherche : ces intégrations ont nécessité un temps de formation, de travail en binômes avec des ergonomes seniors de la structure, souvent de quelques mois. Les enseignements apportés concernaient :

- l'approche du handicap,
- la conduite d'une intervention avec la reformulation de la demande et les propositions d'interventions, sources d'échanges et de réflexions entre les ergonomes.
- Une dynamique d'intervention à instituer et à tenir avec une construction collective : il s'agit d'une pratique de négociation, d'ajustement de la situation, de la vision de la situation au niveau de tous les acteurs, sans oublier les décideurs. Pour résumer, toujours convaincre, informer et faire valider par toutes les parties.
- Un travail sur le positionnement de l'ergonome et celui des autres acteurs, en particulier le médecin du travail.
- Des connaissances institutionnelles nécessaires pour agir sur le maintien dans l'emploi,
- La connaissance des impératifs gestionnaires, d'organisation, temporels…
- Le travail avec les fournisseurs et un réseau constitué au fil des années par l'équipe.

Ainsi le compte-rendu d'intervention, document qui finalise l'intervention et qui se doit d'être synthétique, révèle que derrière ce document, il y a beaucoup plus de choses en termes de négociations, d'échanges, d'observations, de propositions, des prises de conscience…
Tous ces enseignements me signifient la spécificité et la richesse de l'ergonomie dans les champs du maintien dans l'emploi et du handicap et appuient notre thématique de recherche.

2. Intérêts sociaux et sociétaux de la recherche

Grâce aux progrès scientifiques et médicaux, il est important de noter que la survie pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique évolutive s'est améliorée. Ces maladies autrefois mortelles ont acquis un caractère chronique. Ainsi la population ayant des pathologies chroniques ou évolutives continue de travailler et fait l'objet d'un intérêt nouveau. Notre projet de recherche se propose donc d'étudier comment les ergonomes contribuent au processus de réinsertion professionnelle des personnes atteintes de pathologies chroniques évolutives, et de contribuer à leur réussite. La réinsertion professionnelle suite à une pathologie chronique évolutive (PCE) est complexe.

Même si elle ne regroupe pas toutes pathologies chroniques évolutives, la plupart sont prises en charge au titre des ALD. Selon la Haute Autorité de Santé, le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place, dès l'origine de l'assurance maladie, afin de permettre une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une des « affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L 322-3 du Code de la Sécurité Sociale). Saliba et al. (2007) caractérisent la maladie chronique comme « un véritable amplificateur des inégalités liées à l'emploi ». En effet, les ALD sont un facteur discriminant sur le marché du travail, relativement aux personnes en bonne santé, celles qui souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques ont :

- Un risque 3 fois plus élevé d'être inactives
- Un risque 2 fois plus élevé d'être retraitées
- Un risque 1,5 fois plus élevé d'être au chômage, a
- Un risque 1,65 fois plus élevé de travailler à temps partiel plutôt qu'à temps plein.

Parmi les personnes travaillant à temps partiel, 36,7% ont déclaré ne pas l'avoir choisi, le temps partiel est alors considéré comme subi.

L'entrée en PCE est l'une des quatre situations susceptibles de « faire peser un risque sur l'emploi » (Clainchard, 2005). Saliba et al. (2007) montrent dans quelle mesure et dans quelles conditions les personnes atteintes d'une maladie longue ont tendance à se retirer du marché du travail, de façon partielle ou totale. Il faut noter une nuance entre le retrait choisi et le retrait subi du monde du travail.

La PCE est ainsi un tournant particulier dans la vie personnelle et professionnelle d'une personne, influençant largement sa qualité de vie. La reprise du travail semble être un élément prépondérant de la réinsertion dans la vie sociale de façon plus générale. En effet, la réinsertion professionnelle permet a priori de limiter les risques d'exclusion sociale et constitue un élément important du niveau de vie et de la qualité de vie pour les malades en âge de travailler (Olier, 2008 ; Célérier, 2007). Or la capacité de travail d'une personne est affectée dès le début de la maladie, ce qui peut amener à l'exclusion (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail, 2004).

Il s'avère que l'une des réponses pour contrer ce risque d'exclusion est l'aménagement du travail. En effet, selon Baanders et al. (2001), les aménagements du travail sont essentiels pour améliorer les perspectives d'emploi des malades chroniques. Dans cette perspective, l'ergonome par son intervention vise une meilleure adaptation à l'homme des milieux de travail et de vie. Dans le cadre d'un projet de recherche européen Equal[2], Baradat et al.

[2] Les programmes d'Initiatives Communautaire « Equal » sont une catégorie de projets cofinancés par le Fonds social européen. Equal fait partie de la stratégie de l'Union européenne de l'Emploi. Il constitue un laboratoire pour développer de nouveaux moyens de lutter contre la discrimination et les inégalités sur le marché du travail.

(2008) ont prouvé la nécessité d'interventions ergonomiques pour agir sur le maintien dans l'emploi mais avec une forme particulière, sous forme de conduite de projet et avec une approche pluridisciplinaire visant à associer l'ensemble des acteurs ayant les domaines d'action suivants : médical, entreprise, social et institutionnel.

3. Questions de recherches

En 1998, Laville note un empan temporel de l'analyse de l'activité étroit comme limite pour l'ergonome dans son action : la myopie temporelle. Or cette limitation temporelle pour l'action de l'ergonome "semble" être, aujourd'hui, accrue par les modalités de saisines des ergonomes consultants, en lien avec les appels d'offres et les demandes ponctuelles des entreprises. L'ergonome a alors une fenêtre d'intervention prédéfinie. La fenêtre d'intervention est *cadrée temporellement* par un empan temporel imposé, un nombre de jours prescrits, des contraintes de temps et des délais en lien avec la situation particulière et le contexte socio-juridique. Cependant, le maintien dans l'emploi de salariés atteints de PCE(s) implique *des enjeux de plus long terme, en lien avec le caractère évolutif de la maladie.* Ainsi les ergonomes doivent agir sur un objet ayant une visée de long terme : le maintien dans l'emploi d'un salarié.

Les enjeux de cette thèse sont de comprendre les stratégies pour surmonter cette situation paradoxale mais aussi les règles de métier, permettant à l'ergonome *d'agir dans mais aussi au-delà du cadre souvent contraint de sa fenêtre d'intervention*.

Plusieurs questions de recherche émergent de ce paradoxe :

- Comment cet ergonome parvient-il à agir sur un objet si complexe que le maintien dans l'emploi d'un salarié malade chronique dans un laps de temps si déterminé, à la fois contraint dans le choix du moment de l'action mais aussi dans sa durée d'action ?
- Ne doit-il pas se construire, voire réactualiser sa représentation opérationnelle du processus « maintien dans l'emploi du salarié ayant une maladie chronique évolutive » afin d'agir, non pas ponctuellement, mais de façon aussi pérenne que possible sur ce dernier ?
- L'intervention ergonomique est l'occasion d'un carrefour de dimensions temporelles de différentes ordres : du salarié, de l'entreprise, de l'épisode IME, et bien sûr de l'intervention ergonomique. Ainsi comment l'ergonome prend et peut prendre en compte ce faisceau de temporalités dans son intervention ?
- A quelles conditions et à quels coûts, l'ergonome parvient-il à agir sur une situation de maintien dans l'emploi de salariés atteints de PCE ?

  Étant donné le cadre contraint des interventions de ces ergonomes consultants, il est important de s'intéresser aux différentes expressions de l'activité empêchée (Clot, 2011) : ce que l'ergonome ne fait pas, ce qu'il cherche à faire sans y parvenir, le travail en attente ou en retard. Il s'agit également d'identifier les stratégies de compensation mises en œuvre par l'ergonome.

Aussi dans cette thèse, nous cherchons à montrer et à expliquer le pilotage efficace et subtil mis en œuvre par l'ergonome dans ce contexte précis d'intervention, pilotage impliquant une certaine dynamique d'intervention et des processus de compréhensions et d'actions. Compte tenu des caractéristiques spécifiques des interventions en maintien dans l'emploi de salariés atteints de PCE, ce pilotage intègre des dimensions temporelles particulières. L'analyse de ce pilotage est l'objet de notre recherche.

Chapitre 1 : La pratique de l'ergonome au travers des différents temps de l'intervention

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à la pratique de l'ergonome en général. Cependant il ne s'agit pas de réaliser un état de l'art complet sur la pratique de l'ergonome qui a été très bien fait dans les recherches précédentes, doctorales[3] notamment, mais d'apporter des éléments sur les conditions d'interventions, sur les différents apports de la recherche sur la pratique, sur l'intervention, sur les enjeux temporels auxquels peuvent être soumis l'ergonome et l'activité cognitive mise en œuvre par ce praticien, qui est avant tout un travailleur. Ces différents éléments d'ordre général sur la pratique vont nous permettre de préciser et d'alimenter l'objet de cette recherche : qualifier la pratique de l'ergonome dans une fenêtre d'intervention particulière, définie par son champ d'intervention : le maintien dans l'emploi.

1. De l'ergonomie défensive à l'ergonomie constructive

En 1998, Laville identifie une des limites de l'ergonomie francophone : une approche de la santé plutôt défensive. En effet, l'ergonomie participe à l'identification des risques et pour certains d'entre eux, elle propose et conduit des actions pour atténuer ou supprimer ces risques (actuels ou futurs). Il précise qu'elle est peu offensive, vis-à-vis de la construction de la santé, du fait d'un regard ponctuel (myopie temporelle). En effet, l'ergonome analyse l'activité ici et maintenant, ce qui peut limiter sa compréhension de processus se déroulant tout au long de la vie active.

Par deux approches complémentaires de la santé, l'une corrective et préventive ayant pour objectif de compenser les déficiences individuelles et d'éviter les situations génératrices d'effets négatifs et l'autre constructive visant le développement de la construction de la santé, depuis les constats de Laville (1998), l'ergonomie a évolué vers une posture d'ergonomie constructive (Falzon et Mollo, 2009). Au delà de la nécessité d'une construction de la santé dite "offensive", Falzon (2013) remet en question le regard ponctuel nécessaire mais insuffisant de l'ergonome. Pour le citer, "l'ergonomie ne peut se satisfaire d'une vision ponctuelle, statique, de l'adaptation, qui réduirait l'objectif de l'ergonomie à la conception de systèmes adaptés au travail tel qu'il est défini à un moment donné, aux opérateurs tels qu'ils sont à un moment particulier, aux organisations telles qu'elles opèrent là et

[3] Récemment par Tran Van (2010), Viau-Guay (2009) et Landry (2008).

maintenant." (Id., p.1). Il spécifie alors que l'objectif de l'ergonomie doit être le développement.

Falzon (2010) s'appuie sur deux modèles pour démontrer l'intérêt de l'approche constructive de l'ergonomie :

- celui de Becker (1964) où il est stipulé que chaque individu dispose d'un stock de connaissances, d'expériences et de savoir-faire qui constituent un capital personnel qu'il peut développer ou non, et que les savoirs et les savoir-faire se construisent au fil de l'exercice même de l'activité de travail.
- celui de Sen (1999, 2012) avec le concept de capabilité, qui correspond à "l'ensemble des choix possibles à un individu donné, quel que soit l'usage qu'il en fait. C'est donc la latitude effective (et non théorique) d'une personne". Les potentialités d'un individu supposent un environnement favorable pour être exercées. Falzon (2005) rebondit pour qualifier ces environnements de capacitants, avec la définition suivante : les environnements capacitants sont des "environnements techniques, sociaux et organisationnels qui fournissent aux individus l'occasion de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles compétences, d'élargir leurs possibilités d'action, leur degré de contrôle sur leur tâche et leurs modes opératoires, c'est-à-dire leur autonomie".

Ainsi l'ergonomie constructive vise la dimension développementale du travail, en prenant en compte le développement des savoirs et des savoir faire, tant au niveau du projet individuel, du maintien dans l'emploi, par l'accroissement des compétences et de la satisfaction au travail, qu'au niveau de l'évolution et de la progression des organisations (Falzon et Mollo, 2009).[4]

2. Qu'est ce que l'intervention ergonomique ?

Pour appréhender la pratique de l'ergonome, il apparait important de comprendre ses modes d'action qui se caractérisent à travers "l'intervention ergonomique".

L'intervention est une "procédure d'action spécifique à l'objectif particulier d'aménagement ou de création" (Lancry, 2009, p.112). Ce qui rejoint la caractérisation de l'intervention ergonomique par Daniellou et Béguin (2004). L'intervention ergonomique au-delà de l'aspect analytique, de compréhension des situations de travail est résolument *tournée vers l'action*.

[4] Ici introduite, cette approche de l'ergonome constructive, avec les notions d'environnements capacitants et de capabilités (à partir de s travaux de Sen) sera reprise et précisée au cours des chapitres 3 et 4, par rapport à notre thème de recherche, le maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques, ayant également le statut de travailleurs handicapés.

Les objectifs qui guident l'intervention sont les suivants :

- *Une augmentation des marges de manœuvre* afin que les personnes puissent jouer un rôle actif dans le maintien de leur santé au travail. (Saint-Vincent, Vézina et al., 2011). Cela esquisse l'ergonomie constructive précédemment évoquée.
- *Un objectif centré sur les personnes* : sécurité, santé, confort, facilité d'usage, satisfaction, intérêt du travail, plaisir…
- *Un objectif centré sur les organisations et leur performance* : efficacité, productivité, fiabilité, qualité, durabilité…

Pour Falzon (2004), intervenir, pour l'ergonome, c'est savoir tenir les deux derniers objectifs ensemble. Saint-Vincent, Vézina et al. (2011) reprennent également ces deux derniers objectifs dans leur définition de l'intervention ergonomique : "Réalisée dans un contexte donné, à un moment donné, en vue de transformer les situations de travail pour les améliorer selon des critères de santé et d'efficacité, l'intervention implique la mise en œuvre d'un système organisé d'actions menées en interaction avec des acteurs de l'entreprise."

En plus d'être un système organisé d'actions, l'intervention ergonomique est participative, co-construite, modulable, adaptative et guidée par le changement (Saint-Vincent, Vézina et al., 2011).

"L'action ergonomique, qui vise à influencer la conception des moyens de travail, passe par une influence sur les représentations et sur les modes de prise de décisions que sont les processus de conception" (Béguin, 2004). Pour cela, l'ergonome doit définir, progressivement et en interaction avec les acteurs de la situation de travail, la nature du problème traité et la nature de la solution à apporter (Falzon, 1993). Cette intervention fondée sur les interactions, prend en en compte et vise à transformer les dynamiques d'une situation de travail (qu'elle soit existante ou future, Lamonde, 2000) et les dynamiques sociales (Béguin, 1998).

On voit à travers ces définitions, que le concept d'intervention a progressé, vers une orientation dynamique, fondée sur les interactions et progressive. Les critères à prendre en compte que sont la santé et la performance de l'entreprise sont des invariants de ces définitions, explicites ou implicites. Ancrée dans un déjà-là que l'ergonome doit comprendre et reconstruire, ayant pour origine une question posée par un client (Lamonde, 2000), l'intervention ergonomique est une construction dans le temps, progressive, faite d'interactions et d'actions. L'intervention ergonomique est entrainée, dictée par le temps mais elle use et joue de ce dernier, visant ainsi à réduire l'un de ses défauts, la myopie temporelle (Laville, 1998). La sphère d'action de l'ergonome évolue, sans délaisser les fondamentaux de l'analyse de l'activité de travail. Lamonde (2000) propose d'étudier chaque intervention comme un morceau d'espace-temps, une histoire particulière. Ainsi nous allons examiner plusieurs temps de l'intervention.

3. Les différents temps de l'intervention ergonomique : de la demande d'intervention à l'après intervention

3.1. De l'amorce de l'intervention à la demande d'intervention

3.1.1. La demande, son analyse, sa reformulation

Lorsque l'ergonome est sollicité, la première étape consiste à analyser la demande car celle-ci a une histoire, un contexte, des enjeux (Lancry, 2009, p.112). Cette analyse de la demande constitue une source d'informations indispensables pour définir les critères de l'action et évaluer la faisabilité de l'intervention (Guérin et Al., 2001). Il est à noter que la capacité d'agir sur l'objet de l'intervention ergonomique est alors en premier plan pour déterminer le rapport au temps (Béguin, 1998). C'est donc au moment de la réception, de l'analyse et de la reformulation de la demande, que la négociation temporelle se joue, le temps de travail de l'ergonome pour mener à bien son intervention : à la fois l'empan temporel et le nombre de jours effectifs dont disposera l'ergonome pour réaliser son intervention. "L'attente spécifique du demandeur" ou du donneur d'ordre (Doppler & Lapeyrière, 1998) est souvent source de contraintes temporelles et des difficultés qui en résultent.

Cependant, ce n'est pas uniquement l'objet de l'intervention compris et défini par le demandeur qui détermine le temps alloué à l'intervention, c'est tout ce qui s'est passé avant qui structure les objets et les conditions de l'intervention, y compris le versant temporel (Béguin, 1998). Bien que tournée vers le passé pour en comprendre son origine, l'intervention ergonomique est tirée par le futur, la conception d'un système de travail futur et l'examen des options pour demain.

L'analyse de la demande est l'étape la plus stratégique de l'intervention ergonomique, vis-à-vis des transformations futures : "il s'agit de pouvoir identifier en peu de temps, les enjeux, les objectifs de cette demande, ainsi que le ou les demandeurs et décideurs." (Dugué, Petit & Daniellou, 2010).

L'analyse de la demande accompagnée de la réalisation de la proposition d'intervention, en complément d'être une négociation temporelle et une étape des plus stratégiques, doit s'attacher à initier la construction sociale de l'intervention. En effet, toute intervention ergonomique nécessite une construction sociale, afin d'assurer à la fois l'acceptabilité et l'efficacité de la dite intervention (Daniellou, 1995). Les fondements de la construction sociale de l'intervention trouvent leur origine dans les règles déontologiques : recherche de l'accord des opérateurs avant toute observation, modalités de restitution, validation des observations avec les salariés concernés, confidentialité, … (Daniellou, 1992). A chaque fois, c'est une production originale, élaborée par l'ergonome en fonction des enjeux qu'il a perçus, des relations sociales dans l'entreprise, de ce qu'il évalue comme transformations possibles, et ce que lui-même se sent comme forces pour mener à bien l'intervention (Daniellou, 1992).

3.1.2. Les parties prenantes de l'intervention

C'est au moment de l'analyse de la demande que se constitue le réseau d'acteurs qui travaillera "avec" l'ergonome. Dul (2012) identifie plusieurs parties prenantes impliquées au cours de l'intervention ergonomique :

- les acteurs du système comme les salariés, les utilisateurs du produit, les clients
- les experts du système tels que les concepteurs, les ingénieurs mais aussi les responsables Ressources Humaines
- les décideurs avec la direction de l'entreprise, l'équipe managériale
- les "influenceurs" du système comme les médias, les gouvernements, les organismes de normalisation, les citoyens…

Ce dernier point semble dépasser le caractère pragmatique des interventions ergonomiques mais il conditionne fortement le cadre et le déroulement de l'intervention et les demandes d'interventions ergonomiques.

L'ergonome se doit d'identifier cette diversité d'acteurs de conception et pas seulement les concepteurs professionnels. Dans ce cadre, les instances représentatives du personnel peuvent être également impliquées. Ces différents acteurs participent et contribuent "à la construction du problème, à l'élaboration, à l'évaluation et au choix des solutions"(Daniellou, 1994).

3.2. L'ergonome dans l'intervention

3.2.1. Les différentes dimensions de l'intervention

Cette partie vise à décrire les différentes dimensions possibles, actuellement identifiées, de l'intervention : à visée de conception, avec une démarche participative, assimilable à un acte pédagogique, impliquée dans et impliquant un réseau social, dans une relation de service.

- A visée de conception…

La pratique ergonomique et en particulier l'intervention ergonomique contribuent fréquemment à la conception de systèmes de travail. En effet, l'objet de l'action de l'ergonome porte souvent sur la conception de postes de travail, de ligne de production, de bâtiments de travail ou non, d'une organisation de travail… Ces interventions ont trait à des problèmes de conception, "souvent présentés comme mal définis, au sens où l'état initial est mal connu, l'état final à imaginer et le chemin de l'un vers l'autre à construire" (Falzon, 2004).

- Avec une démarche participative…

Dans le cas de l'ergonomie participative, (Saint-Vincent, Toulouse et Bellemare, 2000), les ergonomes s'accordent en général sur le fait que la participation consiste à impliquer les travailleurs dans le développement et l'implantation de solutions visant à transformer les situations de travail. Cette démarche va souvent à l'encontre d'un principe solidement ancré au sein des organisations, le clivage entre l'exécution du travail et sa conception. Cette

démarche est basée sur la construction de nouvelles compétences et sur la mise en commun des savoirs de travailleurs et de concepteurs ; mise en commun qui passe souvent par l'évolution et la confrontation des représentations des acteurs.

La participation peut-être assimilée à une forme de négociation implicite entre des personnes détenant des savoirs différents et occupant des positions stratégiques et professionnelles différentes, ce qui correspond à une "forme de rééquilibrage des rapports sociaux" (Dugué, Petit et Daniellou, 2010).

- Assimilable à un acte pédagogique…

Une approche de l'intervention, alimentant l'orientation constructive de l'ergonomie, telle que précédemment exposée, est d'envisager l'intervention ergonomique comme un acte pédagogique du fait des liens qu'elle permet de tisser entre les acteurs et à partir des connaissances qu'elle permet de produire et de transmettre (Dugué, Petit et Daniellou, 2010). Cette approche a deux objectifs : rendre des individus capables en situation de travail et favoriser le développement personnel de ceux-ci par la transmission de valeurs ou le développement d'une culture spécifique. Chacune des étapes de l'intervention ergonomique permet l'acquisition de connaissances ou encore le développement de l'agir.

Dans l'intervention ergonomique, trois registres d'échanges sont, alternativement et en permanence mobilisés : la transmission de savoirs, l'apprentissage, et l'échange sur les valeurs, caractéristiques d'une relation de type pédagogique entre un intervenant, des apprenants, et des savoirs (Dugué, Petit et Daniellou, 2010).

- le registre de l'expertise, cherche à faire évoluer les règles formelles par des apports de connaissances ou de méthodologies au niveau de la structure de l'organisation. Il s'agit là du positionnement « classique » des consultants ;
- Le registre de l'apprentissage lui vise à influencer les pratiques des acteurs et, en se situant au cœur des interactions, à favoriser les régulations individuelles et collectives de l'activité de travail ;
- le registre de l'éducation se situe principalement dans le registre des valeurs et de la culture. C'est ainsi le regard que les ergonomes portent sur l'homme au travail, sur la santé et au-delà sur la performance des entreprises.

- impliquée dans et impliquant un réseau social…

Le faisceau d'acteurs, de parties prenantes dans l'intervention ergonomique (précédemment défini) doit être guidé par l'ergonome. En effet, la conception des situations de travail suppose la construction d'une volonté commune concernant le futur, qui doit intégrer un grand nombre de logiques différentes (Coutarel & Petit, 2009).

Réunir les acteurs de l'entreprise autour d'un projet n'est pas si simple. Ce n'est pas seulement organiser une réunion. Cela peut perturber l'état voire la nature des interactions sociales existantes. Une nécessité s'exprime alors : construire une volonté commune et

considérer ce groupe d'acteurs comme un réseau social. Petit et Coutarel (2009) accordent un rôle particulier à ce réseau social : celui d'outil de gestion du projet de transformation, par le développement de coopérations différentes entre acteurs de l'organisation. Le réseau social dans l'intervention peut alors être appréhendé comme une contrainte mais aussi et surtout comme une opportunité pour la mise en oeuvre du projet. L'ergonome doit ainsi se réaliser une "cartographie des acteurs et des types d'interaction en place".

Cette modification ou perturbation temporaire de la structure sociale est l'occasion de mettre en présence des acteurs qui n'ont pas l'habitude d'être en présence et de permettre "l'inscription du changement organisationnel dans le long terme" avec la "conception d'une organisation capacitante, où le réseau social constitue un capital humain apte à gérer les évolutions organisationnelles nécessaires aux environnements changeants" (Coutarel & Petit, 2009).

- dans un système de relations de service…

La relation de service existe bien dans la pratique quotidienne du consultant : lui en tant que prestataire et l'usager en tant que client. L'une des caractéristiques de la relation de service est le déséquilibre entre le prestataire et l'usager, qui les installe dans une situation où ils vont être en mesure de produire à deux ce que ni l'un, ni l'autre ne pourrait réaliser seul (Querelle & Thibault, 2007). L'ergonome, au cours de son intervention entre en relation de service avec non pas une organisation ou une entreprise, mais bien avec des usagers qui eux-mêmes agissent au sein d'un système sociotechnique qui nécessite des transformations (l'objet du service). Du début à la fin de l'intervention les usagers vont évoluer. Le plus souvent de nouveaux usagers apparaissent modifiant les situations de gestion. Dans ce cadre, la dynamique temporelle de l'intervention est soulignée à deux niveaux : l'évolution des relations de services et la transformation du système sociotechnique à réaliser (Querelle & Thibault, 2007).

Il nous reste maintenant à comprendre comment l'ergonome agit pour mener ces interventions à visée de conception, avec une démarche participative, assimilable à un acte pédagogique, impliquant un réseau social et ce dans un système de relations de service. La réflexion du praticien mise en œuvre pour et par l'action et les systèmes de représentations seront ainsi exposées.

3.2.2. L'ergonome, un acteur réfléchissant et agissant.

- Une pratique réflexive …

Concernant les recherches sur la pratique de l'ergonome et plus particulièrement sur la pratique réflexive, les travaux de Donald Schön ont été déterminants. Ceci d'autant plus, qu'il se rapproche de la conception de la pratique par l'ergonomie, quand il indique que "la situation, au départ singulière et imprécise, se clarifie grâce au fait qu'on tente de la transformer, et inversement, qu'elle se transforme grâce au fait qu'on essaye de la comprendre" (Schön, 1994, p.169.).

Il faut savoir en premier lieu que la pratique professionnelle est ponctuée par plusieurs éléments conditionnant les situations rencontrées par le praticien (Schön, 1994, p.38) : complexité, incertitude, instabilité, particularisme et conflits de valeurs. La pratique professionnelle développe donc une certaine dimension "artistique" pour gérer les situations auxquelles elle doit faire face. Pour tirer son épingle du jeu, l'action du praticien réflexif dépasse l'"application" des connaissances fondamentales acquises au cours de sa formation. L'activité cognitive du praticien se caractérise par un processus de réflexion dans l'action (dialogue avec la situation) et une réflexion sur l'action (raisonnement à partir d'un répertoire de situations) (Schön, 1994, p.77.). C'est un praticien qui se regarde agir comme dans un miroir et cherche à comprendre comment il s'y prend et parfois pourquoi il fait ce qu'il fait, éventuellement contre son gré (Perrenoud, 2004).

La pratique réflexive est avant tout une suite d'opérations intellectuelles, dont les états mentaux ne sont que le point de départ, un état temporaire ou le point d'arrivée (Perrenoud, 2004). Un praticien est réflexif - au sens de Schön - lorsqu'il prend sa propre action comme objet de réflexion. La posture réflexive commence lorsque le praticien analyse son analyse, comme s'il s'agissait de l'action et de la pensée de quelqu'un d'autre. C'est une décentration qu'un praticien effectue rarement dans le vif de l'action mais plutôt à posteriori : il n'est pas évident de se regarder marcher en marchant, et encore moins de se regarder penser, car cela suppose une sorte de dissociation de la pensée elle-même, proche de la métacognition. C'est plus accessible dans l'après-coup (Perrenoud, 2004).

L'activité méta-fonctionnelle désigne des activités non directement orientées vers la production immédiate (vs activités fonctionnelles), des activités de construction de connaissances ou d'outils (matériels ou cognitifs), destinées à une utilisation ultérieure éventuelle, et visant à faciliter l'exécution de la tâche ou à améliorer la performance (Falzon, 1994). Le praticien fait également appel à son expérience car "l'être humain est capable à la fois d'improviser devant les situations inédites et d'apprendre de l'expérience pour agir plus efficacement lorsque des situations analogues se présenteront"(Perrenoud, 2001). Le praticien compile un répertoire d'exemples, de représentations, de compréhensions et d'actions. Le répertoire d'un praticien comporte toute son expérience dans la mesure où celle-ci est accessible pour comprendre et agir. (Schön, 1994, p.175.) L'activité méta-fonctionnelle ou réflexive permet au praticien de se constituer de l'expérience dans l'optique de la réutiliser ultérieurement.

Un des points importants soulevés par Schön et qui a contribué à orienter notre recherche est le suivant : la capacité du praticien de "voir le présent comme une variante du passé et d'agir en conséquence", lui permet d'appréhender les problèmes qui ne cadrent pas tout à fait avec les règles établies. Il utilise ainsi des éléments du passé pour agir sur le présent et envisager le futur. Ce positionnement temporel le rend capable de voir ces situations comme des éléments de son répertoire (Schön, 1994, p.178.).

Cette vision du présent permet au praticien d'appréhender l'action qui est par nature fugitive, naît, se développe et s'éteint. Il n'en reste que des traces, les unes dans la mémoire de l'acteur, les autres dans son environnement, y compris l'esprit de ses interlocuteurs, partenaires ou adversaires du moment (Perrenoud, 2001). Falzon (2004) indique que l'idée de l'action est une construction dynamique mais aussi une conversation avec la situation. Cette "conversation avec une situation" est une activité mentale de haut niveau, qui mobilise, du moins lorsque le problème l'exige, de multiples ressources pour trouver une solution originale (Schön, 1994). La réflexion est ici définie comme une conversation avec soi-même. C'est la qualité de cette conversation et la direction qu'elle prend qui permettent au praticien de juger si le problème a été bien ou mal posé (Schön, 1994, p.172). Perrenoud (2004) explicite que les infléchissements sont toujours possibles lorsque l'action est en cours. La réflexion durant l'action a alors une fonction de régulation, d'optimisation des résultats.

La ou les action(s) de l'ergonome se déroulent le plus souvent au sein d'une intervention ergonomique. "L'activité relative à une intervention donnée est toujours en construction tant que l'intervention elle-même n'est pas terminée. C'est dire que la compréhension que l'intervenant a de ce qu'il sait et de ce qu'il fait, évolue tout au long de l'intervention." (Lamonde, 2000). En effet, les délibérations ponctuent toujours le déroulement temporel d'une intervention ergonomique, qu'elles soient individuelles ou interactionnelles dans le collectif d'ergonomes. Dans ces délibérations, l'ergonome n'est pas seul, il dispose d'un ensemble de connaissances pour l'action, notamment produites par d'autres ergonomes et qui viennent nourrir sa délibération (Daniellou, 1992, p.114).

Lamonde (2000) indique que la pratique professionnelle implique "des activités cognitives, c’est-à-dire des activités qui sont à la fois l'expression des savoirs et l'occasion d'une construction de savoirs, et ce, dans le cours d'une vie." L'intervention ergonomique est issue de toutes les actions passées du praticien et de tout son bagage culturel (professionnel et extra-professionnel). Chaque intervention est l'occasion de construire des règles d'intervention et sa culture intra et extra-professionnelle mais aussi des interprétations spécifiques. L'ergonome produit des interprétations particulières liées à des situations singulières. Ces interprétations particulières contribuent à une transformation de la situation de travail, mais aussi à une transformation de l'ergonome, qui mesure la proximité et l'écart entre l'interprétation qu'il/qu'elle a formulée dans une situation donnée, et les interprétations déjà existantes (Daniellou, 1992, p.148.).

La réflexion du praticien (ergonome) est encore plus nettement sociale lorsqu'elle s'inscrit dans une interaction, un travail coopératif, un processus de décision, une supervision, une demande d'aide ou de conseil, un débat contradictoire, une évaluation (Perrenoud, 2004).Ce qui est le cas pour les interventions ergonomiques. Comme l'action humaine comporte une référence à des valeurs, et s'inscrit en permanence dans des interactions sociales, il est

défendu d'en faire une description scientifique qui ignorerait les dimensions de l'histoire individuelle et des interactions (Daniellou, 1992, p.151.).

Tout praticien se construit une théorie personnelle du réel et de l'action sur le réel, toute communauté professe une telle théorie (Perrenoud, 2004). Interroger l'écart entre le travail prescrit et le travail réel demeure un enjeu de toute pratique réflexive. Pour cela, le praticien doit non seulement connaître les prescriptions telles qu'elles figurent dans les textes ou les injonctions de l'encadrement, mais reconstituer ce qu'il savait et en acceptait dans le vif de l'action (Perrenoud, 2004). Le contexte institutionnel semble occuper une place de choix dans la structuration du rôle du praticien. Comme il n'existe pas de théorie toute faite satisfaisante au sens du praticien, ce dernier doit alors élaborer sa propre théorie (Schön, 1994, p.327). Le contexte institutionnel peut être considéré comme une partie de la prescription pour le praticien, aussi il doit élaborer sa propre présentation de ce dernier.

L'ergonome est positionné vis à vis de ses interlocuteurs comme un «émetteur» prescripteur mais aussi comme un «récepteur» de prescriptions. La pratique de l'ergonome l'amène à s'auto-prescrire et que cette auto-prescription concourt à la performance de l'intervention en ergonomie (Thibault, 2002). Cette auto-prescription parait liée à la qualité du travail réalisé, à la "réussite de l'intervention" et aux règles déontologiques que suit l'ergonome au sens de Daniellou (1992). L'ergonome devient donc un prescripteur au sein de prescripteurs, mais l'objet intermédiaire que constitue sa prescription (écrit, conseil oral, …) va prescrire sa propre activité. D'une part, il y a la prescription liée au projet, via les recommandations que l'ergonome émet à destination des acteurs de l'entreprise, et d'autre part, il y a l'auto-prescription de son travail, par l'ergonome lui-même, ce qui transforme son activité et sa forme d'engagement dans le projet (Thibault, 2002). Ce qui laisse entendre que l'ergonome effectue cette auto-prescription par ce qu'il définit et réfléchit à ce qu'il pense devoir faire et mettre en œuvre pour réaliser son intervention de façon adéquate, il a ainsi une forme d'évaluation de la performance de sa propre intervention ergonomique.

Pour résumer, le praticien devient réflexif à partir du moment où il prend sa propre action comme objet de réflexion, où il développe une activité méta-fonctionnelle. Cela engendre une suite d'opérations intellectuelles dans l'action et sur l'action, pour lui permettre de faire face à des situations complexes, incertaines, instables, particulières… dans des contextes sociaux et institutionnels spécifiques Au fur et à mesure, le praticien se constitue une expérience ayant pour visée la réutilisation de celle-ci. Le caractère fugitif et dynamique de l'action oblige donc le praticien à s'en faire une représentation mais aussi à converser avec ces situations si singulières.

- … avec des représentations pour agir

Selon Perrenoud (2001), la pratique réflexive postule implicitement que l'action fait l'objet d'une représentation. L'acteur est supposé savoir ce qu'il fait, il peut donc s'interroger sur les mobiles, les modalités et les effets de son action.

Comme tout opérateur, l'ergonome retient des éléments de la situation considérés comme caractéristiques. Il oriente alors son comportement : son attention est sélective, sa disponibilité est privilégiée pour certains évènements plutôt que d'autres et se prépare pour certaines actions. De ce fait, il se construit une représentation spécifique de la situation. A la suite de la perception d'une variation d'état de la situation, l'opérateur, pour nous l'ergonome, établit "un prédiagnostic, c'est-à dire une représentation entachée d'incertitude, qui peut porter sur plusieurs éventualités" (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2001). Il va orienter la recherche d'informations, la mise en place d'actions de vérification ou d'actions pour retarder les effets néfastes de l'incident (manœuvres dilatoires, de prolongation). Il y a alors la nécessité d'un raisonnement, pour parvenir à une nouvelle représentation, utile à l'élaboration des actions suivantes (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2001, p.91.). Hubault (2007) cite Maggi (1996) pour préciser que l'intervention exprime une intelligence, une "manière de voir", de comprendre le travail qui libère des perspectives d'actions possibles. En effet, l'ergonome au travail n'est pas dans une dynamique de production de connaissance se suffisant à elle-même. Il/elle est dans l'action, confronté(e) à des critères d'efficacité et à des critères d'éthique. Sa contribution aux interactions sociales de conception n'a pas seulement à être "vraie" scientifiquement mais doit être efficace et juste "axiologiquement". (Daniellou, 1992, p.146.)

Selon Guérin et al. (2001, p.91.), l'activation immédiate d'une représentation efficace pour agir dépend de la conjonction de trois facteurs.

- la nature de l'évènement ou du signal.
- les savoirs que l'opérateur possède par expérience et formation.
- l'orientation de l'opérateur à l'instant en question, et donc la représentation de la situation qu'il a avant l'apparition de cet évènement.

Sperandio (1984) indique que dans certains cas, les opérateurs ne disposent pas d'une vue directe sur le processus, ni sur le résultat de leur action. Dans ces situations de travail, faute de disposer par perception immédiate de toutes les informations nécessaires, l'opérateur (toujours l'ergonome pour nous) doit très souvent, et quelquefois même en permanence, se représenter mentalement le fonctionnement à distance du système ou l'état des objets de travail sur lesquels il a à opérer (p.77). En effet, la représentation mentale qu'a l'opérateur humain de son travail n'est pas quelque chose d'accessoire, celle-ci remplit pour de nombreuses tâches une fonction d'assistance utilitaire aux processus de prises d'information et aux raisonnements, dont elle est également dépendante. Même lorsqu'il y a perception immédiate, une représentation mentale du travail en cours et à réaliser existe et sert de guide aux activités (p.77).

Ces "représentations" des travailleurs ont fait l'objet de plusieurs travaux qui ont fait émerger différents modèles : l'image opérative d'Ochanine, la représentation opérationnelle de Vermersch, la représentation fonctionnelle de Leplat et les représentations pour l'action

(Weill-Fassina, Rabardel et Dubois , 1993). L'activité se déroule suivant 3 types d'action (Weill-Fassina, 2013) :

- *L'orientation* ayant pour but de construire un reflet de la réalité pour la connaître et agir sur elle. Le sujet se construit un modèle mental dynamique de la situation. Sans être une copie conforme de la situation, c'est une interprétation qui sert de base d'orientation à l'action. Ce reflet permet l'anticipation des états futurs de la situation par rapport aux buts poursuivis et des réajustements en fonction des résultats et des besoins de l'action. Dans ce cadre, «l'image est un certain complexe informationnel rapporté à un objet. Il existe la possibilité de voir un même objet de différentes manières. Celui qui agit ne reflète pas pendant l'action un objet dans toute la complexité de ses propriétés, de ses attributions, il actualise de son acquis informationnel, les seules informations qui sont pertinentes qui correspondent à l'objectif d'une action donnée (surtout pour un opérateur soumis à des contraintes de temps). Ce reflet qui correspond à l'image dans l'action, je l'appelle image opérative.» (Ochanine, 1978, p.63).
- *L'exécution* avec une prise de décision et une exécution de l'action dirigée vers le but à atteindre.
- *L'évaluatio*n ou *contrôle* de l'action par une appréciation de son résultat permettant éventuellement de revenir sur l'orientation et de modifier l'image de la situation.

Nous pouvons voir au travers de cette définition de l'image opérative qu'il s'agit donc d'un processus de prise et traitement d'informations dans et pour l'action. L'image opérative joue alors un rôle essentiel dans la régulation mentale de l'activité.

A partir des années 80, l'image opérative, sans diminuer d'intérêt, a tendu vers la représentation opérationnelle. Le terme "image" mais aussi celui d' "opératif" sont rediscutés. Ainsi, Weill-Fassina (1993) remet en cause l'aspect plus ou moins statique de cette image pour privilégier plutôt le concept de représentation, prenant ainsi en compte les caractéristiques temporelles et dynamiques de l'action, objet même de la représentation (p.36, 1993). L'image ne permet pas de prendre en compte l'évolution, le continu. Le caractère imagé est restrictif par rapport à la représentation. Cette dernière peut être non imagée : caractère conditionnel ou propriétés d'une situation (Vermersch, 1981). Les représentations pour l'action impulsent des stratégies d'intervention sur le réel et ne peuvent pas être considérées comme une simple "extraction" des données objectives pertinentes mais bien comme une réinterprétation par l'opérateur qui dépend de la finalité qu'il poursuit, de ses caractéristiques professionnelles et personnelles.(Weill-Fassina,1993, p.241). La représentation permet de se référer à un modèle intériorisé de la réalité, d'élaborer des raisonnements à partir de cette "carte mentale" : sa visée dans ce cas, n'est pas seulement figurative mais plutôt opérative (Vermersch, 1981).

Vermersch (1981) privilégie le terme d'opérationnel au détriment de celui d'opératif : ce dernier renvoie pour qualifier une représentation, au sens d'Ochanine, à la notion

d'adéquation, de fonctionnalité, d'adaptation réussie à une tâche tandis que le terme "opérationnel" s'attache à l'aspect particulier des fonctionnements intellectuels.

La représentation opérationnelle peut être caractérisée comme un modèle interne du monde, adapté à l'activité en cours (Vermersch, 1981), elle doit permettre au professionnel de réaliser les tâches très rapidement et à moindre coût, avec une certaine économie cognitive (Wolff, Burkhardt et De la Garza, 2005). L'opérationnalité se définit comme le fait d'être prêt à entrer en activité, à fournir le résultat optimal voulu, à réaliser parfaitement une opération.

Leplat (1985) lui, utilise l'expression de représentations fonctionnelles pour qualifier les représentations qui assurent la planification et le guidage d'action.

Notre objet de recherche porte sur les représentations de, dans, par et pour l'action. Nous retiendrons en conséquence le modèle des représentations opérationnelles.

3.3. L'intervention ergonomique, une parenthèse dans la vie (histoire) de l'entreprise

Il s'agit bien d'une parenthèse car l'ergonome est un professionnel "appelé" sur un projet, sur une thématique donnée, sur un problème pour "intervenir" et "accompagner" ce projet dans sa résolution ou sa réalisation. (Doppler & Lapeyrière, 1998).

L'ergonome est amené à s'inscrire dans la temporalité prévue des projets et des changements (notamment techniques) attendus**.** Au début mais aussi au cours de l'intervention, une incompréhension des clients par rapport au temps nécessaire pour produire des résultats peut s'exprimer, engendrant parfois une attente longue, source de démobilisation. (Doppler & Lapeyrière, 1998). Or la mobilisation des acteurs pour le projet (auquel est associée l'intervention ergonomique) doit être maintenue active car elle constitue aussi une opportunité et un espace-temps particulier dans la vie de l'entreprise (Coutarel & Petit, 2009).

L'ergonome de passage, prenant en compte l'histoire de la situation problématique, son présent doit se projeter pour concevoir l'activité future possible, il est à l'interaction de ces 3 temps. Chaque intervention est unique avec une potentialité d'incertitude, créée par la survenue de changements continus et imprévus. En réponse à cela, des ajustements en temps réels par l'ergonome sont nécessaires (Daniellou, 1999).

Dans ce cadre, deux interrogations se posent : celle du temps nécessaire à l'ergonome pour dérouler ses méthodes et celle du "juste à temps de l'intervention". L'intervention repose sur un certain régime de présence : présence d'esprit et présence physique. "Être là", où et quand ça se passe pour rendre possible qu'autre chose se passe. Plusieurs rapports se créent dans cette présence : à l'espace - le territoire -, au temps - le quotidien - et à soi - la subjectivité (Hubault, 2007). En effet, l'ergonome doit implanter ses méthodes et "caler" le temps, la durée et le rythme de ces dernières. C'est sa capacité et la possibilité de le faire

juste à temps, qui vont rendre ses apports efficaces et pertinents, s'ils sont réalisés au moment opportun (Doppler & Lapeyrière, 1998). Mais comment transformer cette "parenthèse" en action durable ?

Nous avons indiqué précédemment que la pratique de l'ergonomie tend à développer des dimensions, des modes d'actions pour dépasser cette notion de parenthèse, de cadrage temporel de l'intervention.

3.4. Les suites de l'intervention ergonomique

L'ergonomie, notamment avec le développement actuel de l'approche constructive, s'attache à créer des cadres d'intervention visant à dépasser la fenêtre de l'intervention ergonomique en soit, avec un accompagnement des organisations leur permettant d'agir après le temps proprement dit de l'intervention. L'organisation mise en place à l'issue de l'intervention doit être susceptible de vivre au-delà du projet initial selon l'efficience de l'intervention (Coutarel & al, 2008). Pour favoriser des effets post-intervention, Saint - Vincent, Vézina et al. (2011) avancent la nécessité d'avoir une vue d'ensemble de la situation car ils spécifient que "les changements sur les aspects les plus éloignés de l'activité peuvent avoir des effets plus durables".

Il y a bien-entendu les effets produits au niveau de l'organisation mais il y a aussi les effets produits sur l'ergonome lui-même, à la suite de l'intervention. De ce fait, ce que l'ergonome retient et retire d'une intervention concerne aussi bien "le souvenir du résultat que celui du processus dynamique qui permet d'arriver à ce résultat" (Doppler & Lapeyrière, 1998).

Après avoir examiné l'intervention de l'ergonome au travers de ses différents temps, de ce qu'elle engage au niveau de l'entreprise par l'introduction de son action et par sa façon de penser, nous allons maintenant examiner l'objet de l'intervention et ses dimensions temporelles associées : le maintien dans l'emploi de salariés ayant une maladie chronique évolutive.

Chapitre 2 : L'épisode "Intervention Maintien dans l'emploi" (IME) avec ses temps contraints, ses temps prescrits.

Le maintien dans l'emploi des salariés malades chroniques convoque naturellement les registres de la santé au travail, de la maladie mais aussi celui du handicap de par la réglementation, les institutions et les professionnels impliqués. Mais ce n'est pas le seul motif qui nous permet de nous référer aux cadres (législatif, institutionnel, théoriques) du handicap. La maladie est une dimension du handicap, aide à le constituer, comme le démontre cette définition de Lancry-Hoestlandt, Akiki et Houillon (2004) : "le handicap et la situation handicapante résultent de la conjugaison à un moment donné de caractéristiques personnelles (incapacité, déficiences physiques, physiologiques, cognitives, conatives, vulnérabilité psychologique) et de caractéristiques environnementales, contextuelles, situationnelles, qui se font au détriment de la personne elle-même, puis de son entourage proche, enfin des résultats attendus des actions de cette personne.". Mais aussi celle de l'OMS (2012), mettant au même niveau la maladie et le handicap, "la gestion des situations de handicap consiste en des interventions auprès des personnes ayant un emploi qui développent un problème de santé ou un handicap. " (Bruyère, Mitra, VanLooy, Shakespeare et Ilene Zeitzer, 2012).

De plus, les travaux d'études et de recherche en ergonomie associent fréquemment le maintien dans l'emploi au handicap, mais beaucoup moins à la maladie chronique évolutive.

Dans cette partie, nous allons tenter de caractériser l'épisode "Intervention Maintien dans l'Emploi" (IME) tel que nous le définissons dans cette recherche, sa complexité, ses actions, ses acteurs (professionnels de spécialités diverses), ses dispositifs et contraintes réglementaires, institutionnelles et temporelles. Des représentations et des conceptions du handicap parfois divergentes, influent sur cet épisode.

1. Définitions conceptuelles du maintien dans l'emploi

Le maintien dans l'emploi doit permettre la préservation de l'activité professionnelle d'un salarié en conservant son emploi dans des conditions compatibles avec son état de santé, et la poursuite de sa carrière en écartant la menace d'inaptitude (Liberti & Tran, 2012). À cette définition, Steinthal *(*1999, p.13-14, cité par Lancry-Hoestlandt, Akiki et Houillon, 2004) ajoute qu'il est nécessaire d'éviter la *rupture du contrat de travail pour cause d'inaptitude au poste de travail, en trouvant les solutions qui permettent le maintien au poste de travail ou le reclassement compatible avec le handicap*. Il nous apparait que maintenir, conserver,

préserver sont des termes restrictifs. Il nous semble que l'ergonome ait une vision plus constructive et développementale du maintien dans l'emploi. Il n'est pas question de revenir à un état initial, celui d'avant la maladie, qui n'existe plus à ce jour. Plaisance (2009) indique que l'évolution actuelle montre "un retournement radical des perspectives sur des personnes handicapées". Outre le fait que celles-ci sont alors considérées comme faisant partie d'un ensemble de "diversités" et rejoignent "ainsi l'humanité commune, la concentration traditionnelle sur le handicap cède la place à une attention aux capacités, elles aussi dans toute leur diversité.". Pour caractériser ce retournement, il qualifie les personnes en situation de handicap, de personnes "autrement capables". En considérant cette approche du salarié handicapé, n'est-il pas plutôt nécessaire de parler de développement professionnel et personnel du salarié, quand on aborde la question du maintien dans l'emploi d'un salarié ayant une maladie grave, qui va durer et évoluer dans le temps ?

Le développement professionnel est caractérisé par Lefeuvre, Garcia et Namolovan (2009), comme la capacité de construire de nouvelles ressources, de produire des savoirs professionnels visant l'efficacité du travail, de manière individuelle et/ou collective, pour apprendre et maîtriser son métier.

Maintenir dans l'emploi, est-ce conserver un pseudo équilibre ou est-ce permettre un futur, un après, en tenant compte des passés, des histoires de l'entreprise et du salarié ? Lancry-Hoestlandt et al. (2004) spécifient plusieurs dimensions et plusieurs champs de questionnement à prendre en compte pour une action de maintien dans l'emploi. Cela introduit les questions de temporalités croisées ou à croiser pour parvenir au maintien dans l'emploi. Ces temporalités se déclinent ainsi :

- *au niveau de l'individu concerné* (son statut, difficultés et acceptation vis-à-vis de celles-ci, son vécu de la situation, son investissement possible dans une démarche de maintien dans l'emploi, le besoin de développement de nouvelles compétences) ;
- *dans le champ relationnel*, impliquant une analyse nécessaire de l'activité des différentes personnes travaillant de près ou de loin avec la personne concernée, avant toute proposition de changement ou d'accompagnement (activités des collègues, natures des échanges utiles au travail, modes de communication, modalités d'intégration et impact sur l'activité des collègues) ;
- *en fonction des modalités d'organisation du travail*, au niveau de l'aménagement et de l'adaptation du poste ou de l'organisation du travail : contenu du travail et de la fonction, lieu de travail, communication, rythme de travail, horaires, moyens de transports…
- *dans le cadre législatif* par rapport au contrat du salarié ou de la salariée concerné(e), ses droits et ses devoirs.
- *en lien avec l'entreprise*, en fonction de la politique adoptée par cette dernière pour les salariés en situation de handicap, avec les types d'actions et les mesures proposées, ainsi que les moyens humains, techniques et financiers accordés.

Tout salarié peut être maintenu, « redynamisé » sur son poste de travail ou bénéficier d'un reclassement – d'une évolution professionnelle compatible avec le handicap nouveau ou aggravé (maladie, accident…). En effet, l'action visant le maintien dans l'emploi s'articule autour de deux temporalités (Lancry-Hoestlandt et al., 2004) :

- *Avant*, avec une dimension préventive, pour détecter, au plus tôt, les risques d'inaptitude au poste de travail,
- *Après* avec une vision curative, pour trouver et mettre en place une solution de maintien dans l'emploi en cas d'inaptitude déclarée ou en voie de l'être.

Dans cet après, on peut distinguer des mesures de première intention visant le retour à court ou moyen terme et les mesures de seconde intention visant le maintien dans l'emploi à plus long terme (en lien avec la durée des arrêts de travail associés). Le schéma emprunté à Fassier, Petit, Yvent, Sappey, Benieri, Soyeux et Roquelaure (2014) précise les étapes types de la trajectoire professionnelle d'un patient douloureux, pour lequel le maintien dans l'emploi est en jeu.

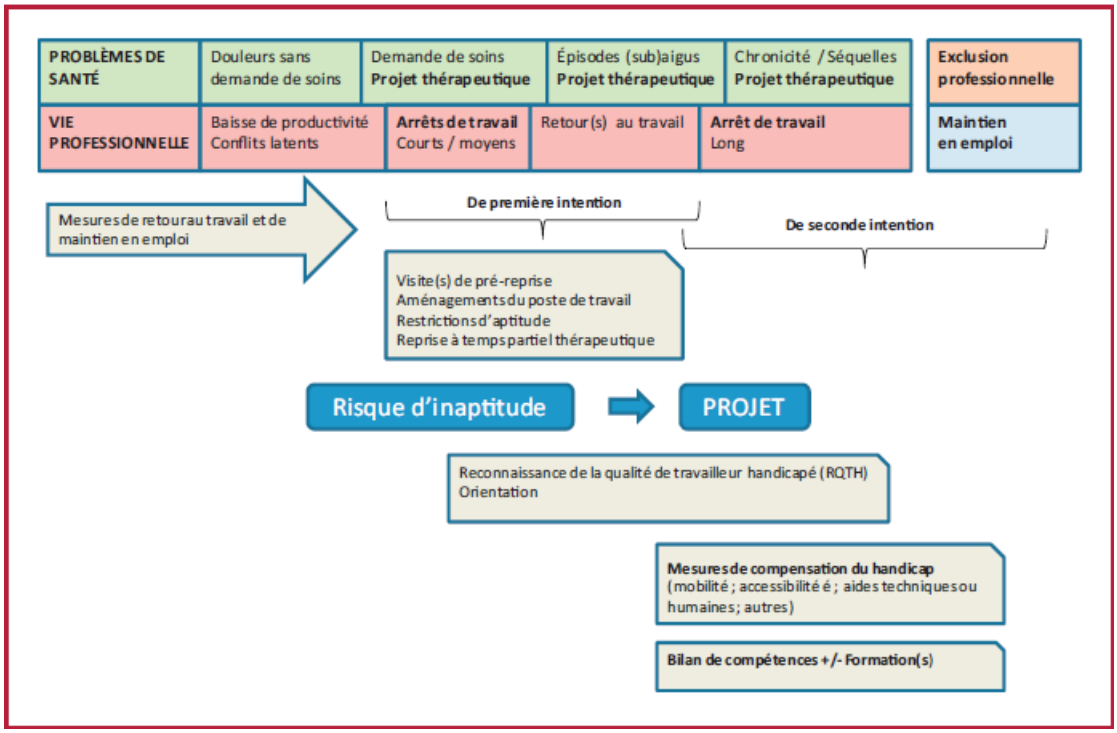


Figure 1 : Étapes types de la trajectoire professionnelle d'un patient douloureux (Extrait de Fassier, Petit, Yvent, Sappey, Benieri, Soyeux et Roquelaure, 2014)

Plusieurs moments structurants du maintien dans l'emploi apparaissent dans ce schéma, tels que la visite de pré-reprise ou encore la RQTH. Nous les expliciterons ultérieurement dans ce chapitre.

Le parcours du salarié pour lequel le maintien dans l'emploi est en jeu peut prendre plusieurs directions (Lancry-Hoestlandt et al., 2004) :

- le retour au poste, avec ou sans aménagement - évolution du poste et/ou de l'organisation du travail,
- une mobilité professionnelle dans l'entreprise,
- le cas échéant, la recherche d'un poste en dehors de l'entreprise.

Ainsi le champ du maintien en emploi s'élargit. Il s'agit de conserver ou de réactiver la dynamique de travail (lien professionnel, lien social, compétences, reconnaissance, motivation…) pour (re)construire un projet professionnel viable (Lancry-Hostelandt et al., 2004).

2. Présentation des cadres législatifs et institutionnels français en lien avec le maintien dans l'emploi.[5]

2.1. Des statuts divers et cumulables

Du point de vue du droit social, le handicap est appréhendé sous le seul angle de la diminution des capacités professionnelles. Le droit distingue ainsi la déficience, l'inaptitude, l'incapacité, du handicap. Ces catégories juridiques de rattachement permettent par un "classement" de la personne, le déclenchement de l'application d'un régime juridique. La gestion du maintien dans l'emploi implique différents statuts de la personne concernée, qui peuvent se côtoyer, se cumuler, en tant que salarié, assuré social, malade….

Un tableau synthétique va nous permettre de différencier rapidement les notions ou statuts que peut avoir le salarié malade chronique.

Tableau 1: Les différents statuts possibles pour le salarié dont le maintien dans l'emploi est en jeu.
(Inspiré de Amossé, T., Daubas-Letourneux, V., Le Roy, F., Meslin, K., & Barragan, K. (2012) ; Cavaillé, 2010 ; et Fassier, Petit, Yvent, Sappey, Benieri, Soyeux et Roquelaure (2014))

[5] En raison de notre objet de recherche, nous évoquerons peu ou pas la réglementation particulière liée aux accidents du travail et maladies professionnelles.

	MALADIE	INVALIDITÉ	INCAPACITÉ	HANDICAP	INAPTITUDE
Définition	Incapacité temporaire de travail	Capacité de travail ou de gains réduite d'au moins deux tiers suite à une longue maladie ou à un accident d'origine non professionnelle. 3 catégories de pension d'invalidité / à la capacité à exercer une activité professionnelle rémunérée : 1 - Si la personne est capable d'exercer, la pension est égale à 30 % de son salaire annuel moyen. 2 - Si la personne ne peut plus exercer, la pension est égale à 50 % de son salaire annuel moyen. 3 - Si la personne ne peut plus exercer et si elle a besoin d'une personne pour l'assister dans les gestes essentiels de la vie courante.	Capacité de travail ou de gains réduite suite à un accident ou une maladie professionnelle. Le taux d'incapacité permanente partielle (IPP) est évalué par le médecin conseil au moment de la consolidation (stabilisation des lésions) après un accident du travail ou une maladie professionnelle. Le taux (en %) est converti en une certaine somme d'argent qui est versée sous forme de capital (IPP < 10%) ou de rente trimestrielle (IPP ~ 10%)	Possibilité d'obtenir ou de conserver un emploi réduite par suite d'une insuffisance ou d'une diminution des capacités physiques et mentales. Situations permettant de justifier le statut de travailleur handicapé : - les personnes reconnues par la CDAPH - les victimes d'AT/MP ayant une IPP≥ 10 % et titulaire d'une rente de la SS - les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension d'invalidité - les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité - les titulaires de carte d'invalidité - les titulaires d'AAH	Impossibilité temporaire ou définitive, partielle ou totale, d'origine professionnelle ou non, du salarié de remplir son contrat de travail ou tout ou partie des tâches relevant de son poste de travail, en raison de son état de santé et de la charge de travail (physique et mentale)
Reconnaissance par le …	Médecin traitant, par un arrêt de travail	Médecin conseil de la CPAM, sur description du médecin traitant	Médecin conseil de la CPAM, sur description du médecin traitant Taux d'incapacité permanente de la victime, par la caisse d'assurance maladie, après avis du médecin conseil.	CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées)	Médecin du travail

	MALADIE	INVALIDITÉ	INCAPACITÉ	HANDICAP	INAPTITUDE
Indemnisation	Versement d'indemnités journalières par la Sécurité Sociale.	Pension de sécurité sociale basée sur le taux d'incapacité. La pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail intervenue à la suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.	-Indemnité forfaitaire pour l'incapacité permanente inférieure à 10% - Rente calculée sur le salaire antérieur pour l'incapacité permanente égale ou supérieure à 10 %, après consolidation suite à un AT/MP.	L'allocation adulte handicapé (AAH) permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Le droit à l'AAH n'est ouvert que lorsque la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH.	Licenciement pour inaptitude ou maintien du contrat de travail avec des restrictions d'aptitude.
Références juridiques	**Code de la Sécurité Sociale** Droit au bénéfice des indemnités journalières, montant et versement : articles L313-1 ; L323-1 à L323-7, R313-3 ; R323-1 à R323-11 Droit au versement d'indemnités journalières en cas de mi-temps thérapeutique et durée : articles L323-3 ; R323-3 **Code du travail** Indemnité complémentaire versée par l'employeur : articles L1226-1 ; D1226-1 à D1226-8 Visite médicale de reprise : articles R4624-20 à R4624-23	**Code de la Sécurité Sociale** *Conditions d'attribution :* Condition d'âge : L341-15 Condition d'invalidité : R341-2 et R341-3 Condition d'affiliation à la sécurité sociale : R313-5 *Calcul, montant et versement :* Catégories d'invalidité : L341-3 et L341-4 Montant de la pension d'invalidité : L341-5 et L341-6 Montant de la pension d'invalidité : R341-4 à R341-7 *Durée, évolution et fin :* Durée de versement et évolution du montant de la pension : L341-11 à L341-14-1 Fin du versement de la pension : L341-15 à L341-16 ; R341-22 Évolution du montant de la pension : R341-14 à R341-21 :	**Code de la Sécurité Sociale** Indemnisation par le CPAM (principes généraux et indemnisation) : articles L434-1 à L434-6 ; R434-1 à R434-9 Indemnisation complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur sociale : articles L452-1 à L452-5	**Code de la Sécurité Sociale** Articles L821-1 à L821-8, R821-1 à R821-9, D821-1 à D821-11, **Code du travail** La définition de la qualité de travailleur handicapé est donnée par l'article L5213-1 du code du travail : « Est considérée comme travailleur handicapé au sens de la présente section toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique. »	**Code du travail** Procédure de constatation de l'inaptitude médicale au poste de travail : articles L. 1226-2 à L. 1226-4-2, L. 4624-1 et R. 4624-10 à R. 4624-32

Cela permet de déterminer le statut du salarié au moment de l'intervention et/ou le statut futur possible, envisagé ou en cours d'attribution. Le déclenchement d'un de ces statuts est souvent à l'origine des interventions ergonomiques dans le champ du maintien dans l'emploi. En tout cas, ils font partie intégrante de ce que l'on appelle l'épisode maintien dans l'emploi, dans une temporalité plus large.

Or cette gestion médico-administrative du handicap devient une grosse mécanique juridique derrière laquelle la personne a tendance à s'effacer (Maggi-Germain, 2002). Le droit a tendance à créer des règles de droit dérogatoires, en situant le bénéficiaire sous un statut juridique propre. Maggi-Germain (2002) questionne l'efficacité de ceci pour l'intégration dans la société ; en effet, l'intégration sociale des personnes devrait passer par la reconnaissance, non pas de ce qu'elles devraient être mais de ce qu'elles sont par l'acceptation des différences. Mais les statuts sont multiples et parfois cumulables suivant les situations.

Le maintien dans l'emploi des salariés ayant des difficultés de santé est très étroitement lié à la notion de handicap et ses différentes conceptions, mais également à la question de l'aptitude au poste de travail. Nous allons maintenant appréhender cette notion d'aptitude, tellement structurante dans le droit français pour en cerner les différents enjeux et modalités.

2.2. L'arrêt de travail, souvent initiateur de l'épisode IME, du ressort du médecin traitant

L'arrêt de travail initial succède souvent à une période de maladie ou de mal-être pris en charge sur le plan thérapeutique par le médecin traitant. C'est l'absence ou l'insuffisance de l'amélioration de l'état, et son interférence avec l'activité professionnelle, qui entraînent l'arrêt de travail. Des arrêts de travail viennent émailler l'évolution de l'affection lorsqu'ils sont nécessaires au projet thérapeutique (hospitalisation, rééducation, etc.) ou quand la pathologie n'est pas compatible avec la poursuite ou la reprise du travail. À ce stade, les objectifs thérapeutiques de la prise en charge sont généralement prioritaires sur les objectifs professionnels (Fassier, Petit, Yvent, Sappey, Benieri, Soyeux et Roquelaure, 2014). L'arrêt initial est habituellement prolongé par le prescripteur initial. La prolongation de cet arrêt au-delà de ce qui est habituellement observé pour la pathologie en question, peut inciter le médecin-conseil à se poser la question d'une consolidation de l'état. Un réseau d'alertes médicales réciproques peut, dans ce cas, conduire le médecin traitant ou le médecin conseil à solliciter une visite de pré-reprise auprès du médecin du travail. Car il est parfois possible d'identifier précocement que des difficultés professionnelles vont se poser à court, moyen ou long terme.

Dans le meilleur des cas, c'est le médecin traitant qui met un terme à l'arrêt de travail, lors d'une guérison définie par l'absence de séquelles ou par une consolidation qui inclut la notion de séquelles.

Inversement, lorsque l'évolution se prolonge ou est défavorable, la question d'un risque d'inaptitude à court, moyen ou long terme doit être posée.

2.3. L'aptitude et l'inaptitude au poste de travail, du ressort du médecin du travail

2.3.1. Les visites de pré-reprise et de reprise

Bien qu'elle ne soit pas systématique, en dehors des arrêts de travail supérieurs à 3 mois, la visite de pré-reprise du travail effectuée par le médecin du travail à la demande du patient, du médecin traitant ou du médecin conseil de l'assurance-maladie, vise à anticiper les difficultés susceptibles de se poser au moment de la reprise du travail. Comme l'indiquent Fassier et al. (2014), l'employeur peut ne pas être informé de cette visite si le patient le demande, ce qui a néanmoins pour effet négatif de limiter les possibilités de résolution des problèmes. Cette visite ne donne pas lieu à l'émission d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude au travail.

Une visite de reprise est obligatoire pour tout salarié reprenant après une absence :

- pour cause de maladie professionnelle,
- d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel,
- consécutive à un congé de maternité.

Cette visite doit être organisée par l'employeur dans les 8 jours qui suivent le retour du salarié dans l'entreprise. Comme pour tout examen de médecine du travail, l'analyse de l'aptitude au poste est au cœur des investigations. Par ailleurs cette visite lorsqu'elle autorise la reprise, suspend l'interruption du contrat de travail du salarié antérieurement arrêtée.

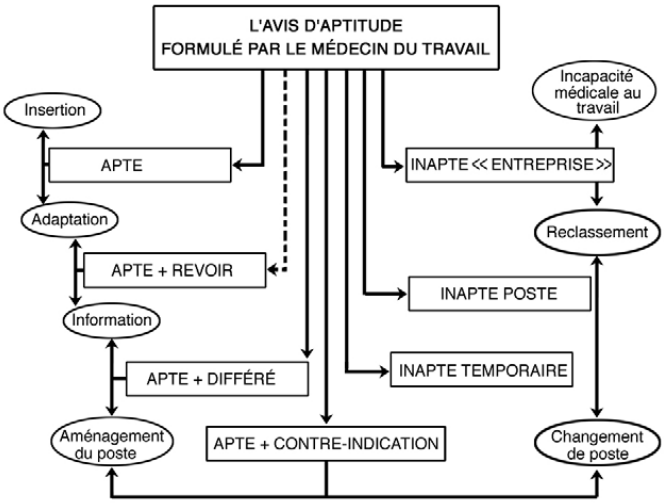
2.3.2. L'aptitude et l'inaptitude

En dehors des cas où le salarié est déclaré apte sans restriction, trois hypothèses peuvent résumer la majorité des cas à l'issue de cette dernière (Direccte Pays de La Loire, 2012) :

- le médecin du travail déclare le salarié partiellement apte à son poste (aptitude avec réserves ou restrictions) ; l'employeur doit aménager le poste de travail ou adapter l'emploi de l'intéressé, conformément aux préconisations médicales ;
- le médecin du travail estime que le salarié est inapte à son poste, mais apte à exercer d'autres fonctions : l'employeur examine possibilité de reclassement sur les postes existants, dans l'établissement, l'entreprise, le groupe auquel il appartient ;
- le médecin du travail déclare le salarié inapte à tout poste dans l'entreprise ; l'employeur engage alors une démarche de reclassement par mutation, adaptations, transformations de postes ou aménagements du temps de travail, dans l'établissement, l'entreprise, le groupe.

Néanmoins, dans la réalité les avis des médecins du travail en matière d'aptitude sont plus variés et nuancés comme l'indique la figure 2 empruntée à Watine (2005).

Figure 2 : L'avis d'aptitude formulé par le médecin du travail.



Lorsque le médecin du travail constate l'inaptitude médicale au poste de travail il doit suivre une procédure clairement définie dans les articles L. 1226-2 à L. 1226-4-2, L. 4624-1 et R. 4624-10 à R. 4624-32 du Code du travail, résumée dans le schéma ci-après, figure 3 (Direccte Pays de La Loire, 2012). Le contenu juridique de la notion d'inaptitude place le médecin du travail au cœur du dispositif, avec des modifications de sa pratique, en fonction des évolutions réglementaires. Le droit qui régit le médecin du travail et la question de l'aptitude est ainsi fortement présent dans la pratique du médecin du travail. Le médecin oscille entre aménagement, inaptitude et risque de perte d'emploi, ce qui constitue un obstacle considérable à la tenue d'une réelle attitude préventive et de conseilleur vis-à-vis de l'employeur (Salman, 2008). Il est bien connu que le risque de licenciement conduit à une prudence extrême dans la formulation des recommandations concernant les individus (Davezies, 2000). Les formulations d'inaptitude se révèlent "souvent imprécises", en lien avec une méconnaissance de l'activité réelle de travail ou des "représentations partiales déclarées par le salarié quant à ses capacités d'actions" (Leduc et Vernhes, 2009).

De fait, les propositions des médecins du travail ne sont avancées que tardivement, dans les cas extrêmes, pour des personnes en bout de course, très difficiles à reclasser, et dont il aurait fallu s'occuper préventivement longtemps à l'avance. Le droit renforce ainsi l'action du médecin du travail exclusivement dans des dimensions ultimes voire désespérées (Davezies, 2000). Et pourtant, cet avis formulé par le médecin du travail "va d'une certaine manière prescrire les injonctions managériales à l'origine du positionnement de l'opérateur dans l'organisation." (Leduc et Vernhes, 2009). Le moment de la prise de position du médecin du travail au cours du processus "Maintien dans l'emploi" peut interroger la capacité d'action, les marges de manœuvre de tout intervenant du maintien dans l'emploi (chargé SAMETH, ergonome).

Le Bianic (2003) propose un autre regard plus construit sur l'inaptitude au travail. Le maintien dans l'emploi d'un salarié déclaré inapte implique de s'intéresser de près ou de loin à différents facteurs potentiels d'exclusion : l'incapacité du salarié à s'adapter à un nouvel environnement de travail, l'âge, le sexe et la présence de relations conflictuelles avec les

collègues ou la hiérarchie. A son sens, l'inaptitude constitue une réelle perturbation du parcours professionnel avec deux issues possibles :

- l'inaptitude comme le point de départ d'un processus d'exclusion du marché du travail, une rupture dans la carrière du salarié, se retrouvant brutalement dessaisi des éléments structurants de son identité professionnelle et personnelle.
- l'aboutissement d'un processus déjà amorcé pour des raisons autres que médicales, i.e. réinscrire l'inaptitude dans la trajectoire d'un salarié.

L'inaptitude peut conduire à un lent processus de destitution professionnelle. De par sa nouvelle condition d'inapte, le salarié concerné se voit obligé de réaliser une négociation identitaire à un niveau subjectif (identité "pour moi" par rapport à une trajectoire personnelle, perte de l'identité et de la fierté professionnelle) et à un niveau objectif (identité "pour autrui" en lien avec un collectif de travail, isolement, malaise envers les collègues…)

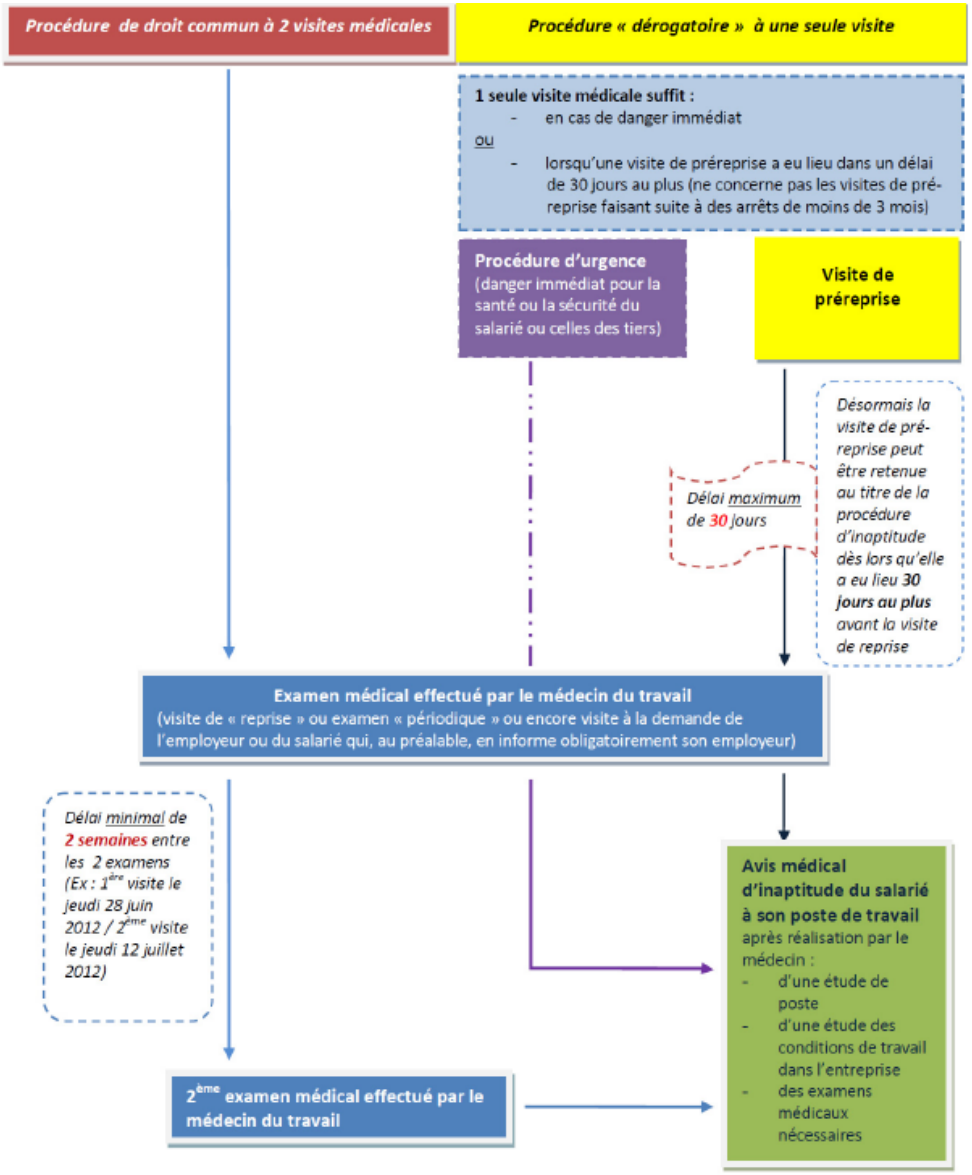


Figure 3 : La procédure de constatation de l'inaptitude médicale au poste de travail

(Extrait de Direccte Pays de La Loire, 2012)

2.3.3. L'obligation de reclassement

Le droit recherche une issue plus positive que celles évoquées précédemment par Le Bianic (2003) : le reclassement du salarié déclaré inapte à son poste de travail. A l'issue d'un avis d'inaptitude du salarié à son poste de travail prononcé par le médecin du travail, l'entreprise doit rechercher, dans un délai d'un mois, de manière obligatoire, des possibilités de reclassement dans l'entreprise, dans l'établissement, l'entreprise, le groupe avant que ne soit prononcé le licenciement pour inaptitude médicale assortie à une impossible de réaliser un reclassement (figure 4). L'obligation de reclassement professionnel vaut pour les salariés déclarés inaptes à leur poste de travail et les travailleurs reconnus handicapés. Cette obligation de reclassement s'impose, que l'inaptitude soit ou non d'origine professionnelle, que le salarié soit en contrat à durée indéterminée (CDI), ou en contrat à durée déterminée (CDD).

Le principe de l'obligation de reclassement consiste à éviter que la santé ou le handicap ne constituent des raisons de licenciement : " Lorsque, à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident non professionnel, le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités. Cette proposition prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail." (Art. L. 1226-2 du Code du travail).

Fantoni-Quinton (2010) souligne l'affirmation suivante émise par Gosselin (2007) dans son rapport à destination du Ministère du Travail : "L'obligation de reclassement s'inscrit dans un véritable droit du maintien dans l'emploi". Mais elle relève des ambigüités par rapport aux contours relativement flous de cette obligation, située entre la protection du droit à la santé au travail et la protection de son emploi, notamment sur l'apport de preuves par l'entreprise des impossibilités de reclassement ou sur la modification du contrat de travail nécessaire au reclassement. Elle met en exergue la difficulté de sa mise en œuvre suivant la taille de l'entreprise, notamment dans les petites et moyennes entreprises.

Dans le cadre de notre recherche, concernant la maladie chronique évolutive, compte tenu de l'origine non professionnelle de la pathologie, l'indemnité de licenciement pour inaptitude est moindre, la consultation des délégués du personnel n'est pas obligatoire sur les possibilités de reclassement du salarié inapte.

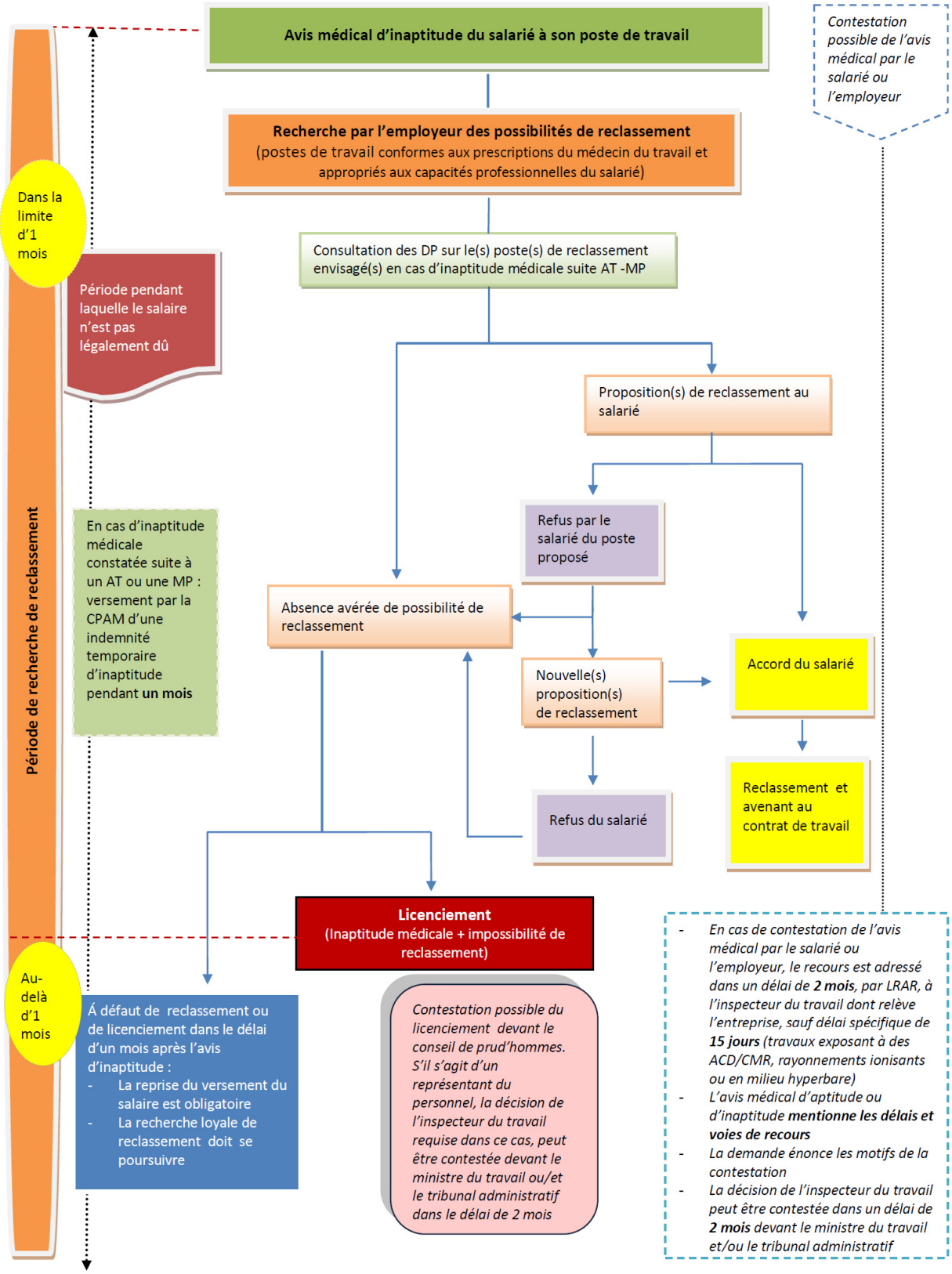


Figure 4 : La recherche obligatoire de reclassement dans l'établissement, l'entreprise, le groupe…

(Extrait de Direccte Pays de La Loire, 2012)

2.3.4. Une contestation possible de l'avis du médecin du travail

Mais l'employeur et le salarié ont la possibilité de contester l'avis du médecin du travail devant l'inspecteur du travail dans un délai de 2 mois, y compris celui de la visite médicale d'embauche, pendant la période d'essai (art. L.4624-1 du Code du Travail). La contestation peut viser toutes les difficultés ou tous désaccords nés des propositions formulées par le médecin du travail : avis d'aptitude, d'inaptitude, mesures individuelles proposées, recommandations destinées à orienter l'employeur dans sa recherche de poste de reclassement.[6] Cette contestation est adressée à l'inspecteur du travail (art. R.4624-35 du Code du Travail). Ce dernier a deux mois pour répondre (à défaut de réponse, c'est un rejet implicite). Il sollicite obligatoirement l'avis du médecin inspecteur du travail, avant de se prononcer sur l'aptitude du salarié à occuper un poste. Sa décision se substitue à l'avis du médecin du travail qui se trouve alors privé de tout effet juridique. L'inspecteur du travail n'a pas à confirmer, ni à annuler l'avis du médecin. Il doit déclarer le salarié apte ou inapte, décider de l'aménagement du poste de travail en donnant les détails, sans pouvoir enjoindre au médecin du travail de formuler de nouvelles propositions après avoir annulé celles qu'il a déjà émises.

2.4. La prise en charge sociale du ressort de la sécurité sociale

Le médecin conseil peut intervenir à différents moments du parcours du salarié pour lequel le maintien dans l'emploi est en jeu, son accord est nécessaire pour certaines mesures : indemnités journalières, temps partiel thérapeutique, invalidité….

2.4.1. L'arrêt de travail, les indemnités journalières et la suspension du contrat de travail

Aussi Fassier et al. (2014) conseillent d'informer dès que possible le médecin-conseil du projet professionnel du patient pour évoquer la question essentielle de la durée prévisible et nécessaire du maintien des indemnités journalières (IJ). Un projet professionnel réaliste et structuré est indispensable pour faire valoir ces arguments auprès du médecin-conseil. Dès que l'incapacité à travailler est constatée par le médecin traitant, l'assuré perçoit de la part de l'assurance maladie des indemnités journalières. Car l'arrêt maladie suspend le contrat de travail et le salarié ne perçoit plus son salaire. L'assurance maladie va lui verser des indemnités journalières dont le montant ne correspond pas à celui du salaire réel (Gayet, 2005). Les indemnités journalières sont versées après un délai de carence de trois jours, soit à partir du quatrième jour d'arrêt de travail. Elles peuvent être versées pendant 360 jours maximum[7]. Dans le cas d'une affection longue durée[8] (ALD), qui est la reconnaissance

---

[6] Si les parties n'usent pas de cette voie de recours, l'avis du médecin du travail ne peut plus être remis en cause, y compris devant le conseil des prud'hommes. L'avis qui n'est pas contesté s'impose à tous.

[7] http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/sans-emploi-vos-indemnites-journalieres_bas-rhin.php

juridico - administrative de la plupart des maladies chroniques évolutives, cette durée maximale est portée à trois ans.

Pour les arrêts de travail de plus de trois mois, le médecin-conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter, à son initiative, le médecin du travail pour, obtenir son avis sur la capacité de l'assuré à reprendre son travail, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise de travail ou envisager des démarches de formation (Articles L. 323-4-1 et D. 323-3 du Code de la Sécurité Sociale - Gayet, 2005).

Par ailleurs, l'assurance-maladie a développé depuis quelques années des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), qui peuvent être sollicitées par le patient en arrêt dès qu'un risque d'inaptitude a été identifié (notamment par les assistantes sociales de la CARSAT). Ces cellules (régionales et au niveau de chaque CPAM) sont composées d'un médecin-conseil, d'un assistant de service social et d'un gestionnaire de dossier qui peuvent orienter le patient vers une formation professionnelle continue de type bilan de compétences ou VAE et anticiper les mesures à mettre en oeuvre après sa reprise.

2.4.2. Le temps partiel thérapeutique (TPT)

L'un des aménagements les plus courants visant à faciliter la reprise de travail est la reprise du travail à temps partiel thérapeutique.

Le travail à temps partiel thérapeutique permet de poursuivre les soins et la rééducation pendant l'arrêt tout en reprenant l'activité de travail (Fassier et al., 2014). La mise en oeuvre d'un temps partiel thérapeutique mobilise cinq intervenants : trois demandeurs et deux décideurs (Watine, 2005). La demande vient parfois du salarié, plus souvent du médecin traitant ou du médecin du travail. Ces trois interlocuteurs ont à se concerter pour évaluer la pertinence de la proposition. La prescription de la reprise de travail à temps partiel relève du médecin traitant, avec indication de la durée et du temps global de repos. À noter que si la séquence la plus utilisée est le mi-temps, d'autres modalités sont possibles. Seule condition préalable : la prescription doit succéder à un arrêt de travail « à temps plein ». Le rôle du

---

[8] Le dispositif des affections de longue durée (ALD), instauré en 1945, vise à diminuer la charge financière des assurés souffrant de maladies longues et coûteuses en exonérant les patients du ticket modérateur pour les soins liés à la pathologie concernée, ceci indépendamment de leur niveau de revenu (Dourgnon, P., Or, Z. et Sorasith, C., 2013)
C'est une affection de longue durée qui, si elle nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois, implique des dispositions médico-administratives particulières. Ces dispositions concernent le patient, son médecin traitant et la caisse d'Assurance maladie, notamment les médecins-conseils. On distingue deux types d'ALD : l'ALD simple ou encore non exonérante et l'ALD exonérante c'est-à-dire celle pour laquelle le malade voit tous les soins qui se rapportent à cette affection pris en charge à 100 %. Par ailleurs, le patient bénéficie d'un protocole de soins établi par le médecin traitant et validé par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. Ce protocole de soins définit les droits et obligations du patient qui le signe (Articles L. 322-3 et s., L. 324-1 et s., R. 324-1 et s. et D. 322-1 et s. du Code de la Sécurité Sociale - www.has-sante.fr)

médecin du travail est de donner son point de vue sur la partie travaillée, en précisant le rythme et le contenu de l'activité exercée à temps partiel.

Les deux décideurs sont le médecin-conseil de l'organisme d'Assurance maladie, et l'employeur du salarié concerné. L'employeur est le correspondant du médecin du travail et du salarié ; il est en droit d'accepter ou de refuser la demande de limitation temporaire de l'activité. Dans ce cas, le refus doit être justifié, notamment par l'impossibilité de mettre en œuvre les préconisations du médecin du travail (Article L. 4624-1 du Code du Travail).

Le médecin-conseil est le correspondant du médecin traitant et du patient ; il autorise ou non la prise en charge financière de la prescription (Watine, 2005). Une nuance récente est à apporter à cette affirmation : "désormais, la caisse d'assurance maladie ne notifie plus l'acception du TPT, la prescription du médecin traitant suffit, quitte à ce que le service médical secondairement y mette un terme."(Czuba et Fantoni-Quinton, 2014).

Une autre modification récente concerne la reprise du travail par le salarié à temps partiel thérapeutique en cas d'ALD. En effet, désormais, selon le dernier alinéa de l'article L. 323-3 du Code de la Sécurité Sociale, un arrêt de travail à temps complet immédiatement avant le passage en TPT pour les personnes en ALD n'est donc plus imposé dès lors "que l'impossibilité de poursuivre à temps complet procède de cette affection" (Czuba et Fantoni-Quinton, 2014).

2.4.3. L'invalidité

Nous avons vu précédemment que l'aptitude, appréciée par le médecin du travail, notion précisée par le Code du Travail, concerne la capacité d'un salarié à occuper un poste précis. Les notions d'aptitude et d'invalidité sont clairement distinctes. L'invalidité est une notion définie par le Code de la Sécurité Sociale, concernant la capacité d'une personne à travailler. Appréciée par le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), elle correspond à un état réduisant d'au moins deux tiers la capacité de gain et de travail de la personne considérée (L.341-1 et R. 341-2 du Code de la Sécurité Sociale). L'invalidité, évaluée par le médecin-conseil de la CPAM, s'apprécie par rapport à la capacité de travail restante et à l'ensemble des possibilités d'emploi existant pour le salarié. Elle doit être causée par un accident ou une maladie d'origine non professionnelle.[9]

L'article L.341-4 de ce code prévoit le classement des invalides en trois catégories :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

[9] Si l'accident ou la maladie est d'origine professionnelle, le salarié peut prétendre, sous conditions, à bénéficier d'une rente d'incapacité permanente.

- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La perception d'une pension d'invalidité et l'exercice d'une activité professionnelle ne sont pas incompatibles[10]. Une même personne peut être à la fois inapte à son emploi et reconnue invalide par la caisse de sécurité sociale. Mais elle peut tout aussi bien être reconnue apte à son emploi et bénéficier d'une pension d'invalidité (Chambre sociale de la Cour de cassation [Soc.], 4 mai 1999, pourvoi n°96-44924).

L'invalidité peut devenir un "outil du maintien dans l'emploi". En effet, les aménagements de la durée de travail sont à organiser au regard de la capacité restante, et résultent d'un compromis prenant en compte la nécessité de préserver aussi longtemps que possible la participation du malade à la vie professionnelle et sociale, ainsi que de limiter l'éventuel effet néfaste de la fatigue sur l'évolution d'une pathologie. Ainsi l'aménagement nécessaire peut se traduire par une réduction du temps de travail, rendue possible par la reconnaissance en invalidité 1ère ou 2ème catégorie. Pour le salarié, en cas de réduction nécessaire du temps de travail, se pose le problème financier de la compensation de cette réduction. La mesure précédemment évoquée du temps partiel thérapeutique est une mesure transitoire, la mise en invalidité peut poursuivre ce principe de compensation financière, par la pension (Hennion, Jabès et al. 2008). Le montant de la pension varie en fonction de la rémunération des 10 meilleures années de carrière de l'assuré et de la catégorie dans laquelle il se trouve : 30 % pour la première catégorie et 50 % pour la deuxième catégorie (Leray, 2012). La prévoyance complémentaire offre au bénéficiaire une couverture sociale complémentaire, qui vient en supplément de la protection assurée par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale, tels que l'invalidité (Cavaillé, 2010).

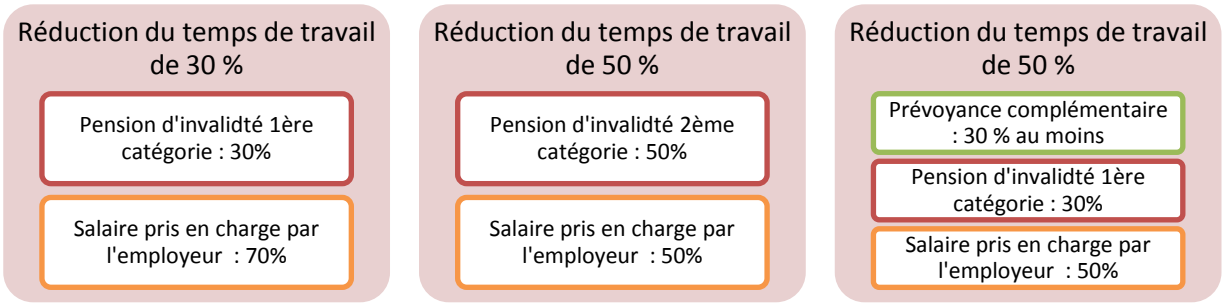


Figure 5 : Schémas possibles de rémunération du salarié malade chronique, en cas de réduction du temps de travail et de poursuite d'activité

[10] http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/prestations-du-handicap,1897/la-pension-d-invalidite,12292.html

2.5. La reconnaissance du handicap du ressort de la MDPH

La reconnaissance administrative du handicap s'effectue au travers de la reconnaissance de la qualité de "travailleur handicapé" (RQTH), définie par les articles du Code du Travail, suivants :

Article L5213-1
Est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.
Article L5213-2 Modifié par LOI n°2008-1425 du 27 décembre 2008 - art. 182
La qualité de travailleur handicapé est reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles

La RQTH présente un intérêt majeur pour le maintien en emploi et constitue une condition d'éligibilité aux différentes mesures et prestations mobilisables. Du fait de l'obligation d'emploi d'un quota de 6 % de personnes handicapées pour les entreprises de plus de 20 salariés, l'ensemble des employeurs (publics et privés) doivent respecter cette obligation sous peine des pénalités financières conséquentes. À ce titre, l'obtention de la RQTH a plusieurs bénéfices pour le patient en incitant son employeur à le conserver dans ses effectifs, même si cela nécessite des aménagements et une réorganisation (Fassier et al., 2014).

La demande de RQTH[11] doit être faite auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui va évaluer l'aptitude au travail en fonction des capacités liées au handicap. Par ailleurs, la RQTH peut ouvrir des droits spécifiques en termes de compensation du handicap dans toutes les sphères de l'existence, dont la sphère professionnelle. La RQTH est une décision administrative, d'une durée de validité maximale de 5 ans, qui accorde aux personnes handicapées une qualité leur permettant de bénéficier d'aides spécifiques, notamment de la part de l'Agefiph (secteur privé) ou du Fiphfp (fonction publique), du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi et d'un appui particulier pour leur maintien dans l'emploi via les Sameth (services d'aide au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés).

Une personne handicapée ayant une RQTH bénéficie de mesures telles que :

- l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou service d'aide par le travail ou une formation (stage en centre de formation ordinaire ou spécialisé, contrat d'apprentissage…),
- le soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi (équipe de préparation et de suite de reclassement - EPSR - ou organisme d'insertion et de placement - OIP),

[11] http://www.emploi.gouv.fr/dispositif/reconnaissance-qualite-travailleur-handicape-rqth

- être bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés à laquelle sont soumis les établissements de 20 salariés et plus,
- l'accès à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique,
- les aides de l'Agefiph pour l'insertion en milieu ordinaire de travail,
- la priorité d'accès à diverses mesures d'aides à l'emploi et à la formation.

Il appartient aux personnes intéressées de faire une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de leur département, en remplissant le formulaire de demande unique. Mais cette démarche est parfois difficile à mener pour les personnes concernées. Les médecins du travail soulignent les difficultés d'acceptation du statut de travailleur handicapé mais également de l'appellation en elle-même du fait des représentations négatives qui lui sont associées (Kergresse, Fanello, Delahaye, Durand-Moreau, Dellé-Duporté et Roquelaure, 2013). Malgré ses bénéfices potentiellement importants pour le maintien en emploi, comme point de départ ou appui de la démarche de maintien dans l'emploi, la RQTH se heurte fréquemment à la méconnaissance et/ou aux représentations négatives des patients et de leurs praticiens. Elle nécessite donc une communication attentive à ces représentations et doit laisser le temps de la réflexion face à des questionnements légitimes (Fassier et al., 2014). En effet, Huyez-Levrat et Waser (2014) questionnent la mise en visibilité de la maladie chronique par la reconnaissance administrative du handicap et en conséquences le risque de mettre ces salariés dans la case du handicap "pérenne, définitif" et d'engager seulement pour l'entreprise des actions issues et exigées par les dispositifs institutionnels.

Il est à noter que les CDAPH[12], créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 "pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées" sont hébergées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (Leray, 2012). Les MDPH ont une mission générale d'information des personnes relevant de la loi du 11 février 2005. Elles procèdent à l'évaluation de la demande par une équipe pluridisciplinaire abordant les conséquences du handicap dans ses différents domaines : personnel, familial, professionnel, etc. Elles attribuent la RQTH mais statuent également sur l'éligibilité des personnes concernées pour l'attribution de prestations financières (prestations de compensation du handicap ; allocation adulte handicapé) ou bien de cartes diverses (carte d'invalidité ; de stationnement, de station debout pénible). La MDPH est un point de passage quasiment obligé dans la trajectoire du maintien dans l'emploi avec plusieurs mesures mobilisables (Fassier et al., 2014).

[12] Elles remplacent les anciennes COTOREP (COmmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel).

Ce fonctionnement des MDPH implique des délais. En effet, les délais d'obtention de RQTH peuvent aller de 4 à 12 mois selon les départements. La demande de RQTH ne peut être une mesure d'urgence ; elle doit s'intégrer dans une stratégie à moyen et long termes avec des efforts impératifs d'anticipation pour les parties prenantes du maintien dans l'emploi. (Fassier et al., 2014). Les délais de l'instruction des dossiers aidant au maintien dans l'emploi, comme la mise en place d'aides financières (détaillées ultérieurement) par l'Association pour la gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph), ou l'attente de la notification de la RQTH constituent un frein à la conduite du maintien dans l'emploi. Selon les médecins du travail, au plus proche de ces situations, cela peut "bloquer l'adhésion des employeurs avec une perte de patience" ou impliquer un "risque de décompensation du salarié" du fait de la durée de ces démarches. (Kergresse et al., 2013)

2.6. Les mesures de compensation du handicap du ressort institutionnel (AGEFIPH/FIPHFP)

Outre l'assurance-maladie, il existe quatre principaux financeurs des mesures pour le maintien dans l'emploi selon le secteur d'activité professionnelle du patient (Fassier et al., 2014) :

- L'AGEFIPH est l'organisme dédié à la gestion du fonds pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans le secteur privé.
- Le FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique) est son équivalent pour les personnes travaillant dans la fonction publique (qu'elles soient titulaires ou contractuelles).
- L'OETH concerne les salariés des établissements privés à but non lucratif du secteur sanitaire, social et médicosocial (établissements de soins et de rééducation, ESAT, EHPAD, IME, etc.).
- Certaines grandes entreprises ont passé des accords agréés avec l'État et les partenaires sociaux (représentants patronaux et organisations de travailleurs) ; elles financent elles-mêmes les mesures pour l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi de leurs salariés handicapés par l'intermédiaire de "missions handicap" propres à ces grandes entreprises.

Nous nous intéressons davantage à l'AGEFIPH dans cette partie, pour deux raisons : d'une part, l'activité des ergonomes analysée dans notre recherche se réalise avec ce premier financeur. D'autre part, depuis 2008, l'AGEFIPH et le FIPHFP (lui, créé par la loi du 11 février 2005) disposent d'outils et de services communs (y compris le Cap emploi et le SAMETH) par une convention de coopération.

Instituée par la loi du 10 juillet 1987, l'Agefiph élabore et finance un ensemble d'aides et de services en direction des personnes handicapées, des employeurs privés et des professionnels de l'insertion. L'Agefiph assure la gestion du fonds de développement de l'emploi des personnes handicapées dans le secteur privé. Ce fonds est alimenté par les

contributions versées par les entreprises de 20 salariés et plus n'atteignant pas le taux d'emploi légal de 6 % de travailleurs handicapés.

L'Agefiph a développé une expertise autour de trois objectifs principaux :

- améliorer l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés
- aider les entreprises à recruter et à conserver leurs salariés handicapés
- gérer la formation professionnelle des personnes handicapées.

Pour cela, elle mobilise, via des appels d'offres réguliers, un ensemble de partenaires et de prestataires spécialisés aux plans national et régional (cf. figure 6 ci-dessous).

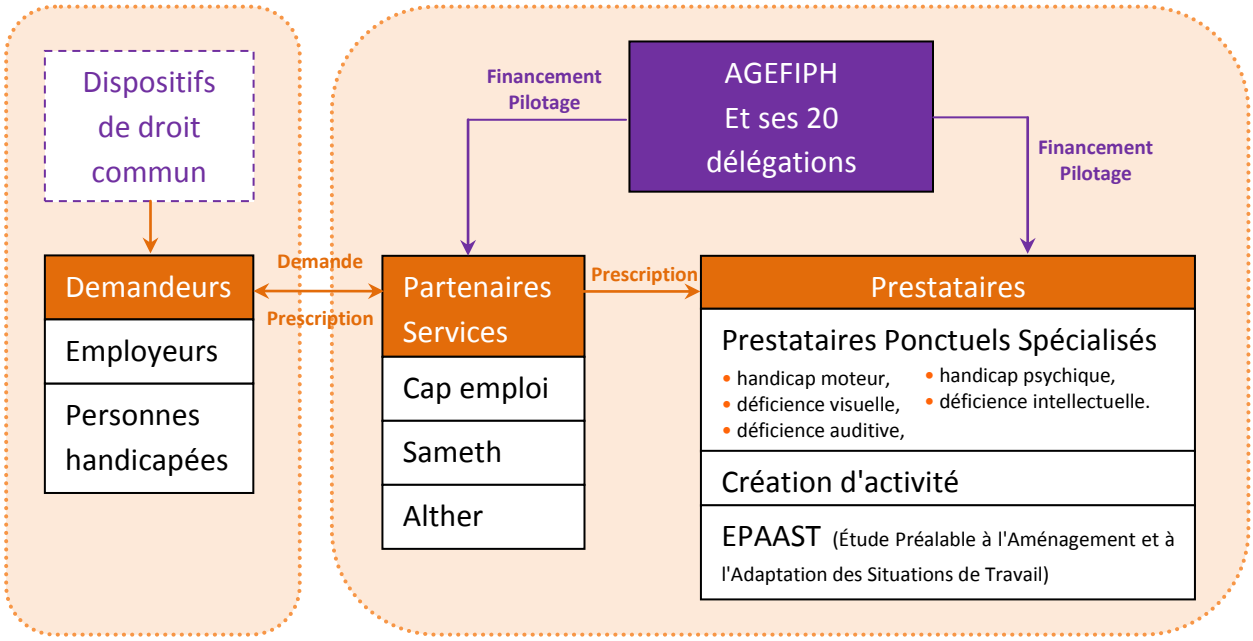


Figure 6 : L'AGEFIPH, ses partenaires services et ses prestataires

L'objectif qui nous intéresse dans cette recherche est le second au niveau du maintien dans l'emploi. Aussi, nous aborderons moins ce qui a trait à l'embauche ou à la politique handicap des entreprises, éléments pris en charge par le CAP EMPLOI et ALTHER, mais plutôt le champ d'action et l'action du SAMETH.

Le SAMETH est un service financé par l'AGEFIPH, au niveau de chaque département français, pour le salarié handicapé et son entreprise. Les chargés de mission SAMETH travaillent en interaction avec plusieurs partenaires sans réalité juridique bien précise. Cette fonction de chargé SAMETH a toute son importance pour le maintien dans l'emploi d'un salarié. Il est à l'interface de plusieurs partenaires et est en capacité de débloquer les aides nécessaires (financières ou pratiques). Le chargé de mission SAMETH peut notamment prescrire des EPAAST : les ergonomes consultants interviennent dans ce cadre de prestations et c'est ce qui nous concerne ici.

Peu de littérature existe sur ces acteurs pourtant essentiels pour la coordination du processus de maintien dans l'emploi dans sa globalité, et permettant de lui donner du sens.

Nous pouvons les comparer aux coordinateurs de retour au travail ("Coordinators return-to-work"), existants au Québec et aux États-Unis. Gardner, Pransky, Shaw, Nha Hong et Loisel (2010) ont identifié le coordinateur de retour au travail comme la personne la plus importante liée à la réussite de la démarche, davantage que les administrateurs, le personnel médical ou toutes autres personnes impliquées dans le processus de retour au travail. Par cette étude, ont été détectées plusieurs compétences nécessaires à ce professionnel :

- pour la résolution de conflits, en prenant un rôle de médiateur,
- pour la résolution de problèmes, en s'orientant vers des solutions faisables et réalistes
- organisationnelles et administratives pour une coordination efficace, malgré la multitude de tâches réalisées par ce coordinateur, permettant de tenir tous les intervenants informés et engagés.
- communicationnelles, pour faciliter la communication entre toutes les parties prenantes du processus de retour au travail
- relationnelles, avec l'écoute active et la capacité de voir les choses à travers les points de vue des autres.

Des traits de caractère ont même été identifiés dans cette étude *: être positif, audacieux et flexible, et, avoir une certaine assurance et maturité.* Plusieurs domaines de connaissances ont été identifiés chez ces coordinateurs : les aspects réglementaires d'indemnisation des travailleurs, les troubles musculo-squelettiques, la culture organisationnelle, les aspects psychosociaux de la douleur et du handicap et l'ergonomie.

L'un des pré-requis pour ce coordinateur est sa capacité à maintenir le cap sur le retour au travail sans "se laisser distraire" par des problèmes médicaux ou autres. Ces coordinateurs doivent être en mesure d'engager toutes les parties prenantes à participer au processus de retour au travail, ainsi que la coordination des soins médicaux dans les meilleurs délais. En France, l'aspect médical n'est pas du ressort des chargés SAMETH. Ils ne réalisent pas non plus d'évaluation pour définir dans quelle mesure les problèmes de santé physique ou mentale affectent les performances de l'emploi. Ces derniers points sont plutôt de la responsabilité du médecin du travail.

Les conseillers Sameth, en France, doivent apporter aides et conseils à toutes les étapes de la démarche engagée pour le maintien dans l'emploi, en fonction des besoins rencontrés :

- Informations et conseils sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi.
- Analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et la construction de solutions adaptées.
- Mobilisation des aides et prestations techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien.

Le chargé SAMETH est en charge de la gestion de ces aides et prestations et de leur mise en œuvre. Mais les aides et les dispositifs de droit commun, déjà évoqués, peuvent être mobilisés, avant même de recourir aux aides de l'Agefiph[13] :

- La prestation de compensation du handicap est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Elle peut être sollicitée par le salarié auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
- Le temps partiel thérapeutique et le contrat de rééducation en entreprise permettent au salarié de reprendre progressivement une activité professionnelle après un arrêt maladie. Le médecin du travail, les services sociaux, le médecin traitant, la MDPH, le Sameth peuvent intervenir auprès de l'Assurance maladie pour la mobilisation de ces dispositifs.
- Les dispositions existantes dans l'entreprise, comme le plan de formation, peuvent aussi être mobilisées.

Les aides et prestataires de l'AGEFIPH, peuvent être mobilisés par le chargé SAMETH[14] :

- *pour maintenir l'emploi d'un collaborateur handicapé* : formation des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi, aide au maintien dans l'emploi, aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap ;
- *pour compenser le handicap* **:** prestation ponctuelle spécifique visant à identifier précisément les conséquences du handicap sur l'emploi et les moyens de le compenser, prestation d'étude préalable à l'adaptation des situations de travail, aide liée à la reconnaissance de la lourdeur du handicap, aide aux personnes handicapées visuelles, aide aux personnes handicapées auditives, aide à la mobilité.

Fassier et al. (2014) indiquent qu'il est difficile de dresser un catalogue exhaustif des mesures spécifiques à chaque organisme financeur, en évolution permanente. Un travail de veille est donc indispensable pour actualiser les connaissances de ces mesures, de leur contenu et de leurs conditions d'attribution (public cible).

Il faut noter une spécificité sur l'une de ces aides. Depuis 2011[15], l'État a transféré à l'Agefiph l'intégralité de la procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH), auparavant gérée par la DIRECCTE, y compris l'instruction des demandes faites par les entreprises. La RLH permet de compenser financièrement l'efficience réduite d'une personne handicapée à son poste de travail. La lourdeur du handicap peut être reconnue lorsque les conséquences financières de l'efficience réduite de la personne handicapée sur son poste de travail restent

---

[13] http://www.agefiph.fr/Actus-Publications/Campagnes/Campagne-Garder-son-emploi/Professionnels/Les-aides-et-dispositifs-de-droit-commun

[14] http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/travailleurs-handicapes,1976/les-aides-de-l-agefiph,12753.html

[15] Décret n° 2012-896 du 19 juillet 2012 relatif à la reconnaissance de la lourdeur du handicap

très importantes, même après l'aménagement optimal de la situation de travail. Cette reconnaissance est accordée pour 3 ans renouvelables (sauf cas particuliers) à un taux normal ou majoré, selon l'importance de la charge supportée. Elle ouvre droit, soit à l'attribution de l'aide à l'emploi (AETH), soit à une modulation de la contribution Agefiph due par l'établissement. La demande est faite à l'Agefiph, soit directement par l'entreprise, soit avec l'aide du conseiller Sameth pour un maintien dans l'emploi.

2.7. L'emploi des travailleurs en situation de handicap du ressort de l'entreprise

Les enjeux pour l'entreprise sont multiples, concernant la prise en compte du handicap et celle du maintien dans l'emploi de ces salariés (Liberti et Tran, 2012, p.53-54) :

- Un enjeu légal : cet enjeu légal se retrouve dans l'obligation de reclassement face à une situation d'inaptitude. Ainsi l'employeur doit mettre tout en oeuvre pour proposer au salarié un emploi approprié à ses capacités et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, (article L. 1226-2 du Code du travail) même s'il n'a pas d'obligation de résultats en la matière. L'employeur a en revanche une obligation de moyens, il doit être capable d'apporter la preuve de ce qu'il a entrepris pour tenter de conserver le salarié dans l'emploi.

- Un enjeu contractuel : par l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, toutes les entreprises de 20 salariés ou plus, qu'elles soient publiques ou privées, ont obligation d'employer (à temps plein ou à temps partiel) des travailleurs handicapés et autres bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans la proportion de 6% de l'effectif total de salariés (Articles L. 5212-1 à L.5212-17, R. 5212-1 à R. 5212-18, R. 5212-19 à R. 5212-29, R. 5212-30 et R. 5212-31 du Code du travail). L'employeur peut s'acquitter de son obligation par plusieurs moyens : l'embauche directe de travailleurs handicapés, l'accueil de stagiaires et la conclusion de contrats de fournitures, de sous-traitance ou de prestations de services avec des entreprises adaptées ou des établissements et services d'aide par le travail.

  Dans le cas contraire, les employeurs ne pouvant s'acquitter de cette obligation doivent à l'AGEFIPH une contribution annuelle pour chacun des bénéficiaires qu'ils auraient dû employer.

  L'entreprise soumise à l'obligation d'emploi et qui n'emploie pas un nombre suffisant de personnes handicapées peut s'acquitter de son obligation en utilisant une autre modalité prévue par la loi : l'accord agréé de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement. Ces accords conventionnels ont pour objectif la mise en place d'une politique "globale" d'emploi de personnes handicapées, et s'articulent autour de 4 axes : l'embauche, l'insertion et la formation, le maintien dans l'emploi en cas de licenciement, l'adaptation aux mutations technologiques. Celle qui souhaite s'engager activement dans une politique d'emploi des personnes handicapées peut, dans un premier temps, signer une convention avec l'AGEFIPH. Celle-ci n'exonère pas

l'entreprise de son obligation d'emploi si elle n'atteint pas le quota de 6%, mais elle lui permet de bénéficier des conseils et du soutien financier de l'AGEFIPH. La convention peut ainsi être le prélude à un accord d'entreprise.

L'accord agréé (d'entreprise, d'établissement ou de branche)	La convention Agefiph
signé avec les partenaires sociaux	signée entre l'Agefiph et la Direction de l'entreprise.
Une procédure d'agrément par la DIRECCTE du département du siège de l'entreprise	"L'agrément" relève de la Commission d'administrateurs de l'Agefiph, qui statue sur le projet qui doit être accompagné d'un avis des partenaires sociaux.
libère l'entreprise de son obligation légale pendant la durée de l'accord (l'entreprise ne contribue plus à l'Agefiph en cas d'insuffisance de quota)	ne libère pas l'entreprise de son obligation légale, notamment en cas de non respect du quota.
Le budget de l'accord doit correspondre au moins au montant de la contribution de l'entreprise dans l'hypothèse où elle devrait contribuer au Fonds, et constitue donc une avance financière pour couvrir les dépenses prévues dans le cadre de l'accord.	Pas de conséquence sur le calcul de l'obligation d'emploi.
Sa durée est en général de trois ans, renouvelable en fonction des résultats obtenus (dans le cadre de l'agrément DIRECCTE).	La durée de convention est fonction des objectifs, et varie entre 12 et 24 mois généralement. Durée max. de conventionnement : 2 ans.
L'entreprise n'est plus éligible aux aides de l'Agefiph (sauf conditions particulières, voir avec l'Agefiph).	L'entreprise reste éligible aux aides financières de l'Agefiph.

Figure 7 : Accord d'entreprise, convention Agefiph, quelles différences ?

(Source : handipole.fr)

- Un enjeu économique : les coûts de licenciement d'un salarié déclaré inapte peuvent se révéler importants surtout si cela fait suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Les coûts indirects, souvent oubliés, ne sont pourtant pas à sous-estimer puisqu'ils peuvent concerner par la suite le recrutement et la formation d'une nouvelle personne, la perte d'un savoir mais aussi des coûts de malfaçon ou des retards dans la production, en conséquence.
- Un enjeu managérial et de ressources humaines : "dans un environnement où il n'est pas toujours facile de recruter et de fidéliser des collaborateurs, il serait paradoxal de ne pas s'appliquer à conserver quelqu'un que l'on a cherché, recruté, puis formé à

son poste et dont les compétences sont avérées." (Liberti et Tran, 2012). Pour l'entreprise, cet investissement dans la recherche d'un nouveau salarié peut être coûteux (aux différents sens du terme).

- Un enjeu social et humain : par une démarche de responsabilité sociale d'entreprise (RSE), l'entreprise reconnaît qu'il est de sa responsabilité de contribuer à préserver un système de protection sociale fortement impacté par le poids croissant du nombre de personnes ayant perdu leur activité professionnelle ou confrontées à un risque d'inaptitude. En complément de ces dispositifs affichés, l'engagement réel de l'entreprise à prendre en compte les difficultés de santé de ses collaborateurs est un point important qui contribue à "améliorer" l'image de l'entreprise.

Au travers de cette présentation des statuts que peut prendre le salarié, on peut constater qu'il n'y a pas de parcours linéaire pour aboutir au maintien dans l'emploi, ni de déclenchement précis du début de l'action. Il y a plusieurs débuts possibles à la "prise en charge" du salarié avec plusieurs intervenants possibles. L'épisode IME est "dicté" par les évolutions et des implications réglementaires, juridiques et financières (tant individuelle que collective), déterminant les limites et les modalités d'action de chacun de ses acteurs, mais aussi des moments et leurs opportunités d'actions. Durant cet épisode IME, des réglementations et des institutions s'entremêlent, évoluent, changent régulièrement. Plusieurs hypothèses coexistent. Beaucoup des statuts présentés ont une durée limitée, un début et une fin à prévoir, à anticiper pour le salarié concerné et les "professionnels" du maintien dans l'emploi. Des attentes, des délais et des accélérations se révèlent :

- des attentes pour obtenir la RQTH, l'invalidité, la mise en place du temps partiel thérapeutique…
- des délais pour organiser une visite de reprise…
- des accélérations par la fin des indemnités journalières ou par la recherche obligatoire par l'entreprise de reclassement dans un délai d'un mois…

Ainsi, pour agir et faire face au risque d'inaptitude, l'ergonome doit être en mesure de relier des visions du travail issues d'univers de pensées différents (Leduc et Vernhes, 2009) :

- l'univers sanitaire et social, porté par le médecin du travail et l'assistant social ;
- l'univers organisationnel et managérial, représenté par la direction et l'encadrement
- l'univers technique et réglementaire, assuré par l'animateur de prévention des risques et le service des moyens généraux (quand ils existent).

Mais ces délais, ces attentes, ces accélérations permettent-elles d'accorder suffisamment de temps et d'opportunités pour travailler collectivement dans le sens du maintien dans l'emploi d'un salarié ? C'est une des préoccupations que nous garderons à l'esprit dans cette recherche.

2.8. Des actions multi-acteurs

Au travers de la présentation des cadres institutionnels et législatifs du maintien dans l'emploi, nous avons pu constater la complexité, l'interdépendance de différentes notions ou statuts pour le salarié, la nécessité d'actualisation des connaissances juridiques associées mais aussi la multiplicité des interlocuteurs, d'acteurs et "de professionnels du maintien dans l'emploi" ayant chacun leur champ d'action. Plusieurs de ces acteurs doivent devenir parties prenantes du processus de maintien dans l'emploi (Lancry-Hoestlandt et al., 2004). Pour cela, selon ces auteurs, il y a la nécessité de solliciter la participation active du responsable hiérarchique direct, du gestionnaire des ressources humaines de la Direction, du médecin du travail, de l'assistante sociale et de divers intervenants (internes ou non à l'entreprise), tels qu'un ergonome, un membre du CHSCT (Comité d'Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail), un responsable de la logistique, dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une action de maintien dans l'emploi, au cas par cas selon les situations.

Fassier, Durand, Loisel, Caillard & Roquelaure (2009) recensent, par un schéma, les acteurs et les institutions du maintien, ainsi que leurs relations. Le projet de recherche EQUAL "Maladies Chroniques Évolutives : Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi en Aquitaine" mené par Baradat, Buisson-Vallès, Dalm, Mercuriali et Pionnier (2008) permet de compléter ce modèle avec les parties prenantes issues de la sphère personnelle ou du monde personnel du salarié concerné. En effet, on verra que l'analyse de l'activité dans les 12 diagnostics (réalisés pour cette étude) a révélé une activité professionnelle des proches et un accompagnement des personnes malades dans le travail.

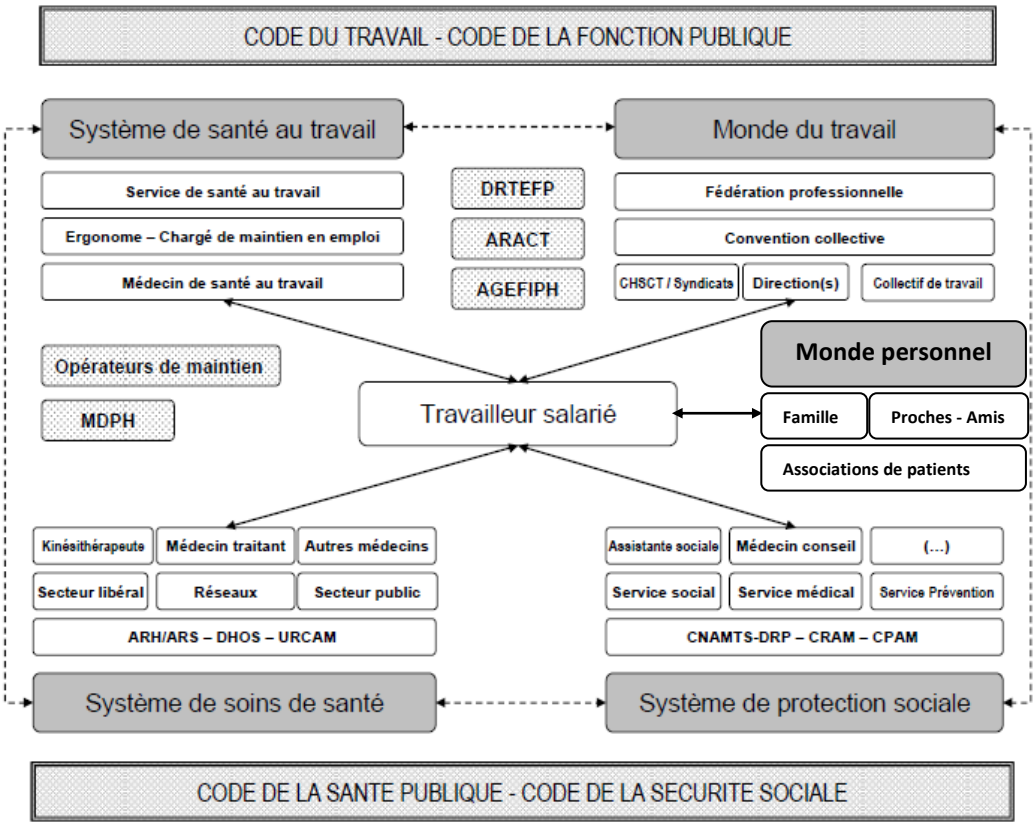


Figure 8 : Acteurs et institutions du maintien dans l'emploi

(Adaptée de Fassier, Durand, Loisel, Caillard et Roquelaure, 2009 et Baradat, Buisson-Vallès, Dalm, Mercuriali et Pionnier, 2008)

Seule une partie de ces acteurs est "accessible" à l'ergonome : le salarié, le monde du travail, le médecin de santé au travail, les opérateurs de maintien.

Le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de cancer ne peut se concevoir que dans le cadre d'actions coordonnées de ces différents acteurs (salarié, médecin du travail, oncologue, médecin traitant, Direction des Ressources Humaines…) (Belin, Bourrillon, Stakowski, Le Bideau, Sevellec et Asselain, 2010). A cette coordination, Lancry-Hoestlandt et al. (2004) ajoutent la nécessité d'évaluer leur action.

Cependant la méconnaissance de la présence des autres acteurs, et l'action indépendante de chacun suivant ses méthodes de travail et des logiques d'actions différentes (Jabes, 2003), rendent la collaboration entre les acteurs difficile, avec des résultats manquant parfois de cohérence. Cela implique pour le coordonnateur (s'il y en a un), la nécessité de mettre en cohérence les actions menées et de construire les « bases d'un langage commun » (Baradat, Buisson-Vallès, Dalm, Mercuriali et Pionnier, 2008). La question des modes de coopération efficaces pour permettre le maintien est ainsi soulevée. La réflexion est ici encore plus nettement sociale puisqu'elle s'inscrit dans une interaction, un travail coopératif, un processus de décision, une supervision, une demande d'aide ou de conseil, un débat contradictoire, une évaluation (Perrenoud, 2004).

Cela laisse supposer une multitude de communications, d'échanges entre ces différents acteurs, dont l'ergonome n'a pas une connaissance complète. Dans la plupart des grands projets de conception d'aides techniques, ou d'aménagements de systèmes, ciblant les personnes handicapées, les ergonomes sont loin d'être les seuls professionnels à intervenir : ils travaillent avec les spécialistes médicaux, paramédicaux et techniques. Les associations de personnes handicapées peuvent aussi jour un rôle (Sperandio, 2013).
La qualité de la communication entre les différents acteurs conditionne à ce titre l'efficience de l'action réalisée. C'est souvent le manque de dialogue, d'écoute, d'analyse ou de coordination qui contrarie la résolution d'une situation de maintien (Lancry-Hoestland et al. 2004). Les équipes de programmes de réadaptation au travail québécois sont un exemple de diversité disciplinaire (ergonomie, kinésiologie, ergothérapie, médecin…). Dans ces équipes, pour chacun des membres, pourraient émerger des craintes légitimes sur la conservation de ses propres "prérogatives". Loisel, Durand, Baril, Langley, Falardeau (2004) n'ont pas détecté de tels conflits ; ils mettent plutôt en évidence le consensus grâce à un "système de valeurs partagées par l'équipe" qui sous-tendent tout processus de décision.
Au-delà de cette question de coopération, Lancry-Hoestlandt et al. (2004) émettent un pré-requis avant toute action et sur du long terme : sensibiliser et former les personnes handicapées elles-mêmes, leurs responsables et les collectifs de travail à ce type d'action de maintien, en vue de changer leurs attitudes profondes et leurs représentations sociales vis-à-vis du handicap, de la différence.

3. Comment fait-on appel à l'ergonome dans ce cadre ?

L'ergonome est un des acteurs du maintien dans l'emploi, sollicité par d'autres, à un moment déterminé par ceux-ci. Deux versants de la sollicitation de l'ergonome coexistent : la situation elle-même créant le besoin d'étude plus approfondie, i.e. la complexité de la situation, mais aussi le cadre institutionnel, qui a évolué début 2012, en ce qui concerne les ergonomes consultants intervenant pour l'AGEFIPH. Il y a donc les financeurs d'un volume d'intervention et les demandeurs dédiés à la spécificité de la situation, eux-mêmes ayant un rattachement institutionnel.

Avant 2012, pour les interventions ergonomiques financées par l'AGEFIPH, suivant les conventions établies, les prescripteurs étaient multiples : les chargés Cap Emploi et SAMETH, le médecin du travail, l'entreprise, le service social de la CRAMIF et l'AGEFIPH. La prescription se faisait directement auprès du cabinet de consultants ergonomes, par simple commande écrite ou fiche navette. Depuis 2012, la prescription est exclusivement le fait d'un Cap Emploi, d'un Sameth ou d'un Centre de Gestion (Fonction Publique Territoriale). Les délais d'instruction d'une demande et de prescription se sont allongés par une procédure de validation.

En effet la fiche de prescription, bien renseignée par le prescripteur (à la suite d'une première analyse de la situation avec le salarié, l'entreprise et le médecin du travail, et de la

mise en exergue d'un accord explicite des parties prenantes pour l'intervention) est adressée par ce dernier à l'AGEFIPH qui valide cette fiche puis la lui renvoie, pour qu'il puisse la communiquer au prestataire. (Cahier des Charges - Version du 12/09/11 Marché n°DI-2011-5 Études Préalables à l'aménagement/ Adaptation des Situations de Travail).

Néanmoins, cet allongement de l'instruction administrative peut être compensé par les exigences de réactivité à la réception de la demande, pour le prestataire, ici l'ergonome consultant. Avant 2012, il avait 8 jours pour prendre contact avec l'employeur afin de fixer la date du premier rendez-vous (Référentiel 2007 des prestations spécifiques conventionnées par l'AGEFIPH en Île-de-France : Interventions ergonomiques). Depuis début 2012, avec les EPAAST, l'ergonome doit répondre à la demande dans un délai maximum de 5 jours ouvrés à compter de la réception de la prescription. Plusieurs enjeux et exigences temporelles sont apparus de la part des financeurs, avec cet appel d'offre (Cahier des Charges AGEFIPH - Version du 12/09/11 Marché n°DI-2011-5 Études Préalables à l'aménagement/ Adaptation des Situations de Travail) :

- La validation avec le bénéficiaire (le salarié), l'employeur et le prescripteur, d'un *calendrier de réalisation de la prestation*, intégrant des points d'étapes ;

- La restitution des conclusions de la prestation réalisée à l'employeur, au prescripteur, à l'Agefiph, et au FIPHFP si employeur public, sous la forme d'un rapport d'intervention et sa synthèse écrite, *dans un délai maximum de 1 mois après la date du premier rendez-vous avec l'entreprise.*

Cependant il existe *une période de validité de la prescription de 6 mois* (durée maximale entre la date de prescription et la date de fin de l'étude). Les aléas qui perturberaient le déroulement prévu de l'intervention ne doivent pas être imputables à l'ergonome mais à un autre acteur. Cela peut être par exemple, une indisponibilité de l'employeur ou du salarié.

L'empan temporel de l'intervention ergonomique est voulu maitrisé par les financeurs, mais également le volume de l'intervention, c'est-à-dire le nombre de jours nécessaires à celle-ci, auparavant défini par l'ergonome lui-même. A partir de 2012, "le prescripteur estimera le nombre de jours nécessaire à l'étude envisagée. C'est l'Agefiph qui validera ou amendera au regard de la situation décrite." Néanmoins, si le prestataire (ici l'ergonome consultant), le juge nécessaire, il a la possibilité de demander une révision du nombre de jours prescrits auprès de l'AGEFIPH, en informant le prescripteur parallèlement. Pour cela, il doit "transmettre au prescripteur et à l'Agefiph sa demande argumentée de révision du nombre de jours prescrits." (Cahier des Charges AGEFIPH - Version du 12/09/11 Marché n°DI-2011-5 Études Préalables à l'aménagement/ Adaptation des Situations de Travail).

En complément de ces exigences temporelles, en lien avec le déroulé propre de l'intervention, ce cahier des charge fait état :

- d'une dynamique nécessaire d'intervention ("la prestation doit apporter à l'employeur, avec réactivité, un appui technique…")

- et d'une portée de l'intervention sur le long terme : "le prestataire recherche des solutions durables et concrètes pour aménager ou adapter la situation de travail des bénéficiaires de l'obligation d'emploi travailleurs handicapés dans le cadre de leur recrutement ou nécessaires à leur maintien dans l'emploi"

- mais aussi "faire des préconisations pertinentes pour compenser le handicap des bénéficiaires dans la perspective d'anticiper, dans la mesure du possible, des évolutions professionnelles et médicales afin d'en minimiser l'incidence."

La prestation attendue comporte différents niveaux exigeant du temps, de la négociation, des recherches :

- Construire des recommandations en vue de l'aménagement technique et/ou organisationnel d'une situation de travail, pour permettre l'accès ou le maintien dans l'emploi d'une personne reconnue handicapée, en différenciant ce qui relève de la stricte compensation du handicap, de la prévention des risques professionnels, de l'amélioration des conditions de travail, de la mise aux normes et réglementations, de la modernisation de l'outil de travail.
- Déterminer les modalités de mise en oeuvre, le coût de ces recommandations (plan de financement réaliste et réalisable, etc.) et préciser les montants pouvant relever d'une prise en charge par l'Agefiph ou le FIPHFP.
- Aider à la mise en place des solutions (recherche de fournisseurs capables de réaliser la solution validée, recherche de devis alternatifs etc.).

4. Du handicap aux capabilités

4.1. Comment définir le handicap ?

Le handicap, souvent à l'origine des interventions maintien dans l'emploi, est relativement complexe à définir. Ce point a alimenté de nombreuses recherches, notamment en sociologie.

La notion de handicap a fait l'objet de controverses au cours des 30 dernières années. En France, une loi a été votée à l'unanimité, le 30 juin 1975, destinée à permettre aux personnes handicapées d'avoir une vie meilleure. Mais la publication par l'OMS en 1980 d'un projet expérimental des classifications du handicap (CIH), élaboré par un groupe de travail initialement animé par Grossiord et Wood, puis par Wood seulement, a ouvert un débat entre deux courants (Hamonet et Magalhaes, 2003) :

- le courant médical qui définit, à la suite des propositions de Wood, le handicap comme la conséquence d'un état pathologique (maladie ou accident)

- et le courant anthropologique et plus globalement social qui considère que le handicap est la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités, et de son environnement (avec ses exigences).

Hamonet (2010) précise ainsi ces deux courants ou modèles du handicap (pp.65-66) :

- médical : le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par des professionnels. Ce traitement vise la guérison ou l'adaptation de l'individu, ou le changement de son comportement.

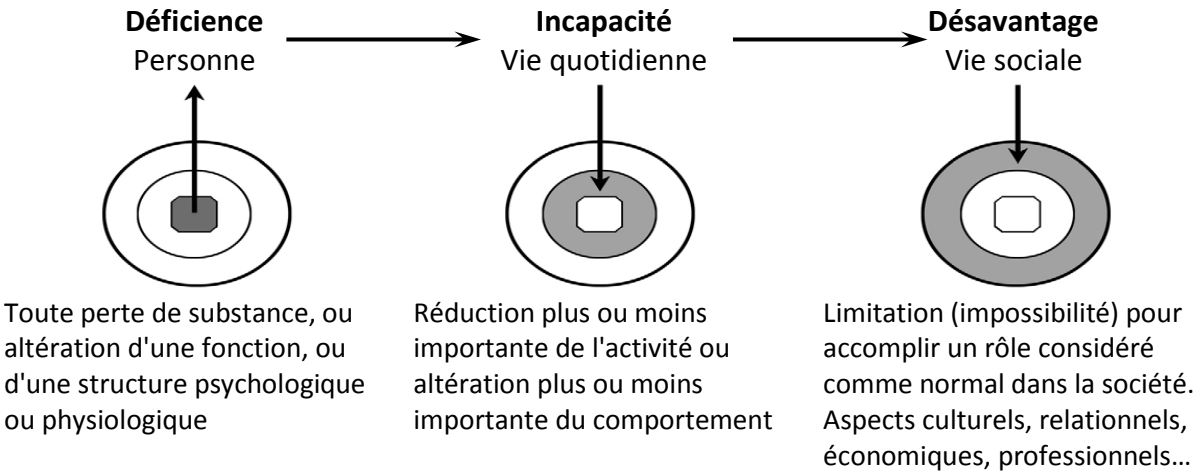
- social : le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration des individus dans la société. Ce modèle augure des solutions orientées vers l'action sociale, la responsabilité collective de la société, afin d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale.

Le modèle de Wood a contribué à la construction de la Classification internationale des handicaps (CIH) publiée, comme on l'a dit, en 1980 dans sa version anglaise sous l'égide de l'OMS. Bien qu'elle soit dans la continuité de la Classification internationale des maladies (CIM), la CIH s'en distingue nettement, en ce sens qu'elle ne s'arrête pas à l'observation des séquelles : elle évalue leurs conséquences pour la personne concernée, aussi bien dans l'environnement quotidien que dans l'espace social (Watine,2005). Le fait de décliner le handicap en trois séquences (déficience, incapacité, désavantage) s'est imposé comme une novation majeure qui contribue nettement à la compréhension du concept.

Les atteintes d'organes ou de fonctions sont appelées *déficiences*. Les limitations des gestes et activités de la vie ordinaire engagent la personne dans son ensemble, animé par une intention ou un but : on les appelle *incapacités*. Enfin les limitations au libre exercice des rôles sociaux défavorisent la personne par rapport à la situation qui serait la sienne si elle était bien portante. Il s'agit du *désavantage social* dans quelques dimensions majeures choisies, pour s'appliquer dans tous les pays : le besoin d'aides personnelles, la mobilité, la profession, le réseau social, les ressources financières.

Figure 9 : Classification internationale des handicaps (Wood).

D'après Watine (2005)



Au-delà de la description et de l'analyse des facteurs contribuant au processus de handicap, cette première classification avait pour objectif de fournir des informations aux responsables politiques, pour dégager des priorités de l'action publique, pour la définition de seuils au-dessous desquels les personnes doivent recevoir des aides (Chapireau, 2002).

A partir de 1997, une révision a été entreprise, aboutissant à la proposition d'un dispositif intermédiaire : CIH-2, remodelé et adopté en mai 2001 par l'assemblée mondiale de l'OMS sous l'intitulé de Classification Internationale de la Fonctionnalité du Handicap et de la Santé (CIF). Le schéma suivant montre l'organisation de la CIF.

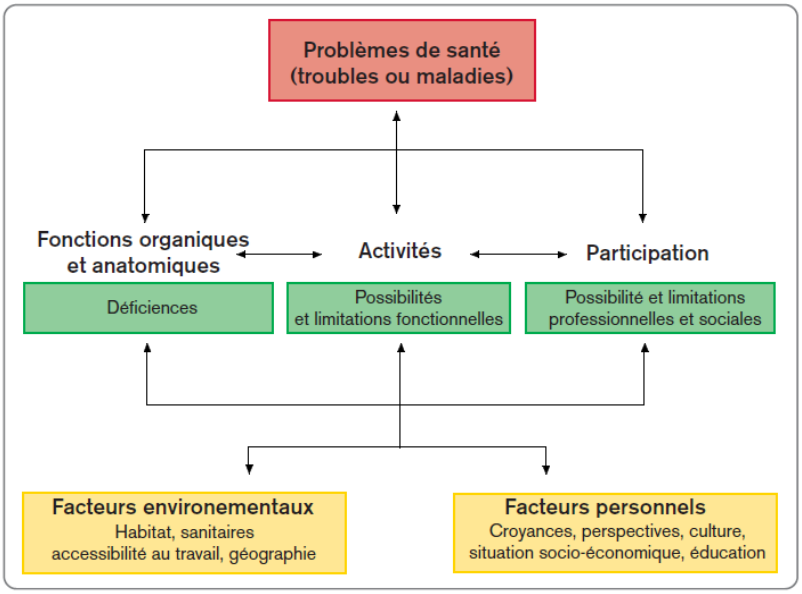


Figure 10 : Modèle adapté de la CIF

(D'après Edwards et Jones, 2007).

La CIF, classification dans laquelle les auteurs voient la marque d'un engagement "militant", vise à modifier l'environnement pour le rendre accueillant à tous et permettre la pleine participation de chacun. Il en résulte 3 conséquences :

- une visée de descriptif universel du fonctionnement humain, présentée de manière neutre : "le handicap se comprend désormais comme une variation identifiable du fonctionnement humain"
- l'introduction de la notion de "participation", qui concerne tous les domaines de la vie humaine c'est-à-dire la pleine participation de tous
- et enfin une liste très large de facteurs environnementaux.

Par cette classification, "d'une culture à l'autre, les phénomènes du handicap sont vus comme se produisant au niveau des structures ou des fonctions du corps, au niveau de la personne remplissant ses activités au jour le jour, et comme résultat direct de barrières ou d'obstacles qu'elle rencontre dans son environnement"(Chapireau, 2002). Par rapport à la première écriture de la CIH, sans être fondamentalement différente, la terminologie évolue. Le domaine des conditions de santé est positionné en générique et se décline selon que l'on se place du point de vue de la personne en tant qu'individu ou en qualité d'être social. Les mots sont dynamiques : motivation, activités, participations… Cette rédaction donne de nouveaux repères sur ce qui compose le niveau de bien-être physique, psychologique ou mental sans se polariser exclusivement sur l'observation de la déficience (Ville, Ravaud et Letourmy, 2003).

Les deux courants déjà évoqués perdurent. La descendance des travaux initiaux de Wood peut être vue dans le courant lésioniste qui mesure les atteintes corporelles et se retrouve dans les barèmes Cotorep de 1993. Rappelons que ce premier modèle du handicap, avec une approche médicale, le définit comme suit : le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un problème de santé, qui nécessite des soins médicaux fournis sous forme traitement individuel par des professionnels. Ce traitement vise la guérison ou l'adaptation de l'individu, ou le changement de son comportement (Hamonet, 2010, pp.65-66).

Le second courant, anthropologique ou médico-social, a deux expressions principales : l'une québécoise, bien illustrée par Patrick Fougeyrollas avec le Processus de Production des Handicaps (PPH)[16]; l'autre européenne faisant évoquer les travaux de Claude Hamonet (de Créteil) et Teresa Magalhaes (de Porto) par le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH). Avec eux, Pierre Minaire a proposé le terme de "handicap de situation".

[16] Ce modèle sera explicité ultérieurement dans le chapitre 3, quand nous évoquerons les programmes de réadaptation professionnelle au Québec.

Avec ce courant, le handicap est perçu comme étant principalement un problème créé par la société et une question d'intégration des individus dans la société. Ce modèle augure des solutions orientées vers l'action sociale, la responsabilité collective de la société, afin d'apporter les changements environnementaux nécessaires pour permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à tous les aspects de la vie sociale. On retrouve ici les objectifs de la CIF.

Cette approche historique récente nous a paru nécessaire pour éclairer l'usage et le sens des termes couramment employés dans le champ du handicap. Il nous faut même l'approfondir un peu.

4.2. Du questionnement de la normalité au handicap situationnel

Être "handicapé" est un statut qui a émergé à la fin du XIXe siècle, c'est une construction sociale en relation avec la législation du travail (Libgot, 2013), fondée historiquement sur l'inaptitude au travail (Ville, 2010). Le handicap ainsi associé à l'inaptitude au travail naît de la conjonction d'un nouveau paradigme, le solidarisme, et d'une situation de crise, en lien avec la Première Guerre Mondiale. Ce solidarisme, mis en place au cours de la Troisième République, est fondé sur le double principe de la « dette sociale », selon laquelle chacun est redevable à la société des formes de solidarité qui le précèdent, et de la nécessité d'une "justice réparative" destinée à corriger les méfaits que la société inflige à ses membres (Blais, 2007, citée par Ville, 2010). La justice réparative s'exerce pour les victimes (mutilés) de guerre mais aussi dans le contexte du travail, pour les accidents et maladies professionnels. Ainsi, l'inaptitude au travail résultant d'un accident survenu dans le cadre du travail sort du champ de l'assistance charitable pour entrer dans celui du droit social dont l'assurance est l'outil privilégié (Winance, Ville et Ravaud, 2007). A partir de ce moment, naît la réadaptation puisque qu'elle vise précisément leur remise au travail. C'est une nouvelle forme d'intervention sociale avec des sentiments moraux de responsabilité vis-à-vis aux dommages infligés. Par cela, il s'agit de remplacer, par la prothèse, mais aussi de replacer, de remettre dans la situation d'avant (Stiker, 1997, cité par Ville, 2010).

Pour les infirmes civils, ce sont des mouvements associatifs de malades et d'invalides civils, s'initiant dans les années vingt, qui permettent de promouvoir les droits de leurs adhérents. Ces associations deviennent des acteurs incontournables des politiques publiques. (Barral, 2007). La manière de penser le handicap se construit autour des organisations, des institutions. Ce sont autant de déterminants sociaux qui génèrent des modèles de pensées. Des rapports complexes peuvent se nouer entre sujet handicapé et non handicapé (Compte, 2008), et le rapport à la normalité y est souvent requestionné. En effet, la vision de la société se réalise en fonction des normes sociales, l'individu devient conforme ou non conforme, normal ou anormal. La focalisation sur la différence constitue un des moteurs des pratiques d'exclusion et justifie la mise à l'écart des "non-conformes" (Gardou, 2001).

Les associations représentatives du handicap veulent que la personne handicapée soit "comme les autres", ce qui est souvent l'expression inconsciente d'une volonté de réduire

toute altérité. Mais, en ce cas, les personnes handicapées doivent-elles être définies par rapport à elles-mêmes, par rapport à un standard artificiel de l'homme "fonctionnellement normal", ou par rapport à leurs relations avec l'environnement humain et matériel rencontré au quotidien (Hamonet, 2010) ? Gardou propose de reconnaître la différence mais de ne pas la radicaliser. La fonction du terme "handicapé" n'est pas de dire en quoi un individu est différent mais seulement qu'il est porteur d'une différence qui l'entrave, une préoccupation que l'on retrouve, comme on le verra, dans l'intervention ergonomique.

Le handicap peut ainsi être vu comme un mélange de l'unité et du contradictoire : sa présence est le signe patent d'un va-et-vient permanent entre la norme et le hors-norme, l'équilibre et le déséquilibre, la santé et la maladie.

Les approches globales, médico-sociales et anthropologiques, évoquées précédemment, donnent une définition des situations de handicap selon deux éléments fondamentaux : les situations de vie et la subjectivité (point de vue de la personne), et sa façon de réagir face à son état corporel, fonctionnel et situationnel. Le handicap apparaît donc comme une question autant subjective, ressentie et vécue par les individus concernés que relevant d'un problème de société dans ce que celle-ci peut faire pour rendre accessible, viable, l'environnement physique et humain (Compte, 2008).

C'est à partir des années 1980, à côté de la définition du handicap comme écart à une norme, qu'émerge une nouvelle conception, dont on trouve la trace à travers une évolution du discours et du vocabulaire. La notion de « situation de handicap » est utilisée, surtout en France, par certains acteurs, notamment les ergonomes. Cette notion marque un déplacement : le handicap n'est plus un écart à une norme sociale prédéfinie, mais le résultat d'une interaction entre des facteurs environnementaux (architecturaux, culturels, sociaux) et des facteurs individuels. Cette conception interactive du handicap ouvre la possibilité d'une deuxième forme de normalisation. Il s'agit d'une normalisation non par assimilation à une norme prédéfinie, mais par travail sur la norme, travail qui transforme à la fois cette norme et l'identité des acteurs (Wimance, 2004).

Ainsi, en 1981, Minaire, Weber, Cherpin et Flores stipulent que l'approche du handicap suppose d'étudier prioritairement les contraintes du milieu auquel est confronté un individu dans la vie quotidienne. "Face à ces caractéristiques du milieu, et suivant les fonctions qu'il possède (et non pas celles qui lui manquent), l'individu est apte ou non à accomplir les gestes nécessaires." Apparait alors le handicap de situation. En 1987, Barbier et Laplaud précisent la définition ergonomique du handicap : "Déficit fonctionnel + situation donnée = handicap". Par cette définition, le modèle "opérateur handicapé" ne concerne pas seulement la personne reconnue travailleur handicapé, mais aussi les autres qui à un moment ou à un autre de leur vie peuvent se trouver en situation de handicap momentané ou prolongé.

La "situation de handicap" est ainsi une notion plus large et plus complexe que celle de "type de handicap" des classifications et sous-classifications officielles : moteurs, sensoriels, mentaux, psychiques, maladies invalidantes, … Elle ne se limite pas au diagnostic médical de la déficience ou de la pathologie, mais inclut de nombreux autres facteurs comme l'entourage familial et amical de la personne handicapée, ses conditions de vie, son éducation, son bagage professionnel, ses habitudes de vie, ses motivations, ses aspirations, son état psychologique, etc. (Sperandio, 2013).

4.3. Un état flou et fluctuant aux yeux de la société

Dans cette perspective, c'est un environnement non adapté qui crée le handicap, et non pas la personne avec ses micro et macro-situations de vie. Il faut cependant admettre que certaines situations de handicap sont insurmontables du fait des limitations extrêmes des capacités de la personne (Hamonet, 2010). Comme le définissent Gardien (2006) et Hamonet (2010), la situation de handicap peut être temporaire ou durable, discontinue, compensée voire parfois un atout. L'une des caractéristiques du handicap est cette variabilité, comme l'illustrent les propos de Pierre Minaire : "le handicap n'est pas une constante mais une variable."

Le terme handicap revêt, on le voit, une grande hétérogénéité, des limites floues (Chabrol, Halbert, Milh et Mancini, 2009). Être handicapé suppose le passage fréquent d'un statut à l'autre, un "entre-deux" pérenne, la cristallisation d'une situation intermédiaire. "Dans la représentation de l'entourage mais aussi dans des pratiques institutionnelles, les personnes handicapées sont placées dans cette situation intermédiaire entre deux statuts de validité, celui d'avant, celui des autres et celui qu'on devrait retrouver, qui est soi-disant souhaité par les autres." (Stiker, 2007, p.9). Ces personnes ont quitté le statut dit normal, par leurs séquelles de maladie ou d'accident (avec la stigmatisation éventuelle), et concrètement partent dans des lieux spéciaux, tels que l'hôpital ou un centre de rééducation. Ensuite, ces personnes reviennent prendre une nouvelle place ou leur place antérieure, mais elles continuent d'êtres vues et traitées comme demeurant dans une situation entre deux (Stiker, 2007). La "liminalité" (Calvez, 2000) qualifie le moment où un individu a perdu un premier statut et n’a pas encore accédé à un second ; il est dans une situation intermédiaire et flotte entre deux états. L’analyse du handicap en tant que liminalité met en évidence cette situation de seuil comme un trait essentiel de la condition sociale des personnes handicapées. Son apport réside dans l’analyse du handicap comme une situation qui échappe à la fois aux statuts sociaux reconnus et aux classifications culturelles en vigueur. "Cela permet de sortir de la dualité intégration-exclusion pour prendre en compte la multiplicité des réponses à la diversité de la condition humaine." (id., p.6).

Car plus que tout autre, celui qui est touché par le handicap vit dans la relation à l’autre et dans son regard, en intériorisant la manière dont il est perçu. Pour l’homme, être social par essence, les relations s’avèrent aussi essentielles pour sa survie que sa compétence à résoudre ses problèmes physiologiques. Or, ceux qui vivent le handicap au quotidien sont

façonnés, de manière décisive, par leur milieu. Coupés des autres, ils ne peuvent ni édifier leur identité ni déployer leurs virtualités (Gardou, 2001). Le regard porté sur le handicap et sur la personne handicapée est au fondement des représentations sur le sujet. Ceci a une importance cruciale car le rapport entre la personne handicapée et son environnement est largement conditionné, altéré par les représentations du handicap et de celui qui en souffre (Compte, 2008).

4.4. Un contexte législatif pour un objet complexe et multidimensionnel

L'adoption de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, par l'ONU, en 2006, a été un événement majeur dans l'histoire des personnes handicapées. En effet, en l'absence de traité ayant force de loi, les personnes handicapées étaient juridiquement "invisibles" dans la société et sur la scène internationale (El Khadiri, 2012). Le début de ce chapitre examinant la CIH, la CIH2, la CIF, le PPH et le SIMH permet de montrer l'évolution de ces modèles conceptuels du handicap et le changement progressif des définitions et des classifications adoptées. Mais au-delà des approches charitable, biomédicale et du modèle social, l'approche par les droits de l'homme pointe les droits inhérents aux personnes handicapées, sur un pied d'égalité avec les autres. Elle reconnaît le handicap comme un élément naturel de la diversité humaine et place la responsabilité d'assurer la jouissance effective de tous les droits de l'homme sur les états et la société.

La convention relative aux droits des personnes handicapées contribue fortement à ce changement de paradigme, en reconnaissant dans son premier article que le handicap est le résultat de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales. Elle reconnaît définitivement que les personnes handicapées sont des sujets de droit, et qu'elles ont le droit de participer activement à la conception et la mise en œuvre des décisions et des programmes qui les concernent.

En outre, les droits garantis par la convention, comme le droit à l'éducation, à la santé, à l'emploi, à la participation politique, sont déjà contenus dans les autres conventions de droit de l'homme. Bien qu'ils ne créent pas des droits nouveaux, ils les développent d'une manière détaillée et adaptée pour permettre aux états de comprendre leur responsabilité vis-à-vis de leurs ressortissants handicapés. Cette convention garantit des droits qui n'ont été traités dans aucune autre convention (El Khadiri, 2012) :

- article 8 : promotion des modèles de représentations positifs/ lutte contre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées ;
- article 19 : autonomie de vie et inclusion dans la société ;
- article 20 : mobilité personnelle ;
- article 26 : adaptation et réadaptation.

En France, la loi de février 2005 vise l'éthique, une certaine forme d'égalité, la justice sociale et l'évitement de la discrimination, notamment avec le principe de non-discrimination à

l'embauche des personnes handicapées et son application par le biais de mesures incitatives et de sanctions dans les secteurs tant privé que public ; la personne handicapée doit être considérée « comme un élément de la performance économique et de la cohésion sociale de l'entreprise». Il s'agit de discrimination positive, seule discrimination autorisée pour les salariés handicapés.

Le Clainche & Demuijnck (2006) recherchent des arguments pour contrecarrer les autres formes de discrimination, telles que celles liées à l'idée reçue de moindre capacité productive causée par la présence du handicap. Ils stipulent en effet que l'inadaptation de l'environnement de travail pour un salarié handicapé (ou non) peut induire une moindre productivité. Cela entretient "le cercle vicieux de la croyance plus générale selon laquelle la relation décroissante entre handicap et productivité est systématiquement observée".

La notion de handicap se trouve ainsi imbriquée dans le champ de la santé par sa dimension individuelle et dans le champ législatif par sa dimension sociale car c'est la loi qui définit qui est handicapé ou qui ne l'est pas (Compte, 2008). Le statut de la personne en situation de handicap a les plus grandes difficultés à se démarquer du statut du corps handicapé. Ainsi, le statut de travailleur handicapé est une catégorie juridique de rattachement rendant très insuffisamment compte de la complexité (Maggi-Germain, 2002).

4.5. Des approches du handicap visant le développement individuel

En complément des approches médicales, sociales et situationnelles du handicap, Ville (2010) propose deux déplacements, avec une orientation constructive, en lien avec le handicap :

- réfuter le caractère implicitement inéluctable de l'inaptitude, en décrétant l'invalidité comme une situation « récupérable », « réadaptable », compatible avec certaines formes de productivité.
- déplacer le regard, de l'incapacité vers l'expérience des personnes, assimilant le handicap à une « épreuve ».

Cette signification du handicap encourage à s'intéresser à une dimension jusqu'alors totalement absente : l'expérience individuelle, qui englobe des modalités d'expression ayant en commun de contribuer à l'identité des personnes, à leurs valeurs, à leur regard sur l'existence et à la qualité de leurs relations avec les autres. Le handicap devient, indépendamment de sa cause ou des circonstances de sa survenue, une épreuve que l'on peut travailler de manière réflexive, dont on peut « tirer des leçons », apprendre sur soi même, sur les valeurs de l'existence et dont on peut sortir grandi. Au sens de Ville (2010), le handicap se conçoit comme constitutif du sujet, c'est-à-dire comme une expérience à travers laquelle le soi s'éprouve, se développe et se transforme. C'est en ce sens que nous parlerons d' « épreuve de soi ». La signification du handicap comme « épreuve de soi » rend compte pour la personne concernée, au-delà de la difficulté à laquelle il faut faire face, de l'association de la réflexivité - ce que la personne apprend de sa situation, les nouvelles

valeurs et conceptions qu'elle développe – et de l'intersubjectivité – la richesse des échanges, les qualités de l'écoute et du partage avec les autres, ces deux aspects semblant indissociables. Pour les personnes en situation de handicap, l'exercice professionnel confère reconnaissance et sentiment d'utilité sociale, ce qui procure un premier vecteur d'épanouissement et de réalisation personnels. La normalisation des personnes handicapées s'accompagne d'une valorisation accrue des dimensions morales et psychologiques du travail. Par le travail, l'infirme peut trouver sa valeur et retrouver sa dignité.

L'approche de Ville (2010) rapproche le handicap de la résilience. Ainsi, le processus de résilience peut être défini comme la capacité individuelle ou collective à résister à des situations, des événements déstabilisants, déstructurants, et à forger, à partir de cela, un projet de vie, de développement réaliste. "Ces différentes étapes coïncident avec la vie des personnes en situation de handicap qui, quel que soit leur âge, résistent aux drames de l'existence et parviennent à se construire une vie valant la peine d'être vécue" (Manciaux, 2006). On l'aura compris, la résilience est une dynamique qui doit s'inscrire dans la durée et dans le contexte de vie du sujet. Elle n'est pas simple résistance, mais construction permanente : c'est son côté psychodynamique. On n'est pas résilient tout seul ; la résilience se construit avec l'aide de personnes, professionnels parfois, le plus souvent des proches qui, fréquemment sans le savoir, jouent un rôle essentiel (Manciaux, 2006).

Pour aller plus loin dans le développement individuel, dans les possibilités de développement, on peut se référer aux travaux de Sen (1999) sur les capabilités, travaux notamment empruntés par les ergonomes pour développer un caractère constructif à l'ergonomie. Cette référence s'avère précieuse car " les personnes vivant avec un handicap important ne peuvent pas tirer parti des biens premiers de la même façon que les personnes sans handicap" (Sen, 1999). Selon l'auteur, l'objet de la théorie de la justice ne doit pas être l'égalité ou l'équité de la répartition des biens premiers qui ne sont que des ressources, mais l'égalité ou l'équité de ce que peuvent faire, être ou devenir les personnes. Son approche évalue le bien-être des personnes en termes de fonctionnements et de capacités : les "capabilities" (Lepègle, 2009). Celles-ci sont définies par la capacité individuelle à choisir entre plusieurs modes de vie (Demuijnck, Greiner et Le Clainche, 2006) mais aussi par l'ensemble des fonctionnements réellement accessibles à un individu. Elles supposent également la disponibilité d'une capacité (un savoir, un savoir-faire) et la possibilité réelle de mise en œuvre de cette capacité (Falzon, 2013).

Dans cette optique, des recherches en ergonomie proposent le concept d'environnement "capacitant", un environnement où les capabilités peuvent exister. Arnoud (2013) formalise une définition actualisée de ce que pourrait être un environnement capacitant proposé par l'ergonomie en incluant trois points de vue (Falzon, 2005a, 2005b, 2005c ; Falzon & Mollo, 2009b ; Pavageau, Nascimento & Falzon, 2007,Falzon, 2013, pp. 3-4) :

- D'un point de vue préventif, un environnement capacitant n'a pas d'effets néfastes sur l'individu et préserve donc ses capacités futures d'agir. On retrouve ici un aspect

très classique – et toujours d'actualité – des interventions ergonomiques : il s'agit de détecter et prévenir les risques, d'éliminer l'exposition aux toxiques ou à des exigences qui entrainent à long terme des déficiences ou des effets psychologiques négatifs, etc.

- D'un point de vue universel, un environnement capacitant prend en compte les différences inter-individuelles (caractéristiques anthropométriques, mais aussi différences d'âge, de genre, de culture) et qui compense les déficiences individuelles (liées au vieillissement, aux maladies, aux incapacités). C'est donc un environnement qui prévient l'exclusion et le chômage.
- D'un point de vue développemental, un environnement capacitant permet aux personnes et aux collectifs :
    - de réussir, c'est-à-dire de mettre en oeuvre leurs capacités de façon efficace et fructueuse : un environnement qui non seulement n'entrave pas les capacités mais rend les personnes *capables* ;
    - de développer de nouveaux savoir-faire et de nouvelles connaissances, d'élargir leurs *possibilités d'action*, leur degré de contrôle sur leurs tâches et sur la façon dont ils la réalisent, c'est-à-dire leur *autonomie* : un environnement d'apprentissage continu.

Selon Falzon (2013), l'enjeu pour l'ergonome est de développer le potentiel capacitant des organisations afin qu'elles contribuent simultanément et de manière pérenne à l'amélioration du bien-être des salariés, au développement des compétences et à l'amélioration des performances.

Dans le champ du handicap et du maintien dans l'emploi, Bourmaud et Retaux (2014) rejoignent l'objectif de créer un environnement capacitant en intégrant une analyse simultanée des contraintes rencontrées par le salarié et de ses ressources propres, nécessaires au développement. Par cela, ils proposent de dépasser la "visée d'une simple déficience compensée, trop souvent techniquement, pour s'inscrire dans une double approche pour des perspectives durables : développementale et systémique".

Pour notre part, nous nous intéresserons particulièrement à la construction de cet environnement capacitant pour les salariés malades chroniques, aux dimensions temporelles associées, à la pérennité possible ou non. Retenons qu'ici l'ergonome ne peut se contenter d'envisager l'opérateur "ici et maintenant". Il doit s'intéresser aux conditions du développement, aux parcours professionnels, aux trajectoires de vie.

Chapitre 3 : Les apports de la recherche dans les dimensions temporelles du maintien dans l'emploi

En cohérence avec notre objectif de recherche, nous allons dans ce chapitre, examiner les apports des recherches, réalisées notamment au Québec, en réadaptation, en ergothérapie, en ergonomie par rapport aux dimensions temporelles prises en comptes dans le maintien dans l'emploi. Ces recherches portent historiquement sur le maintien dans l'emploi de salariés ayant des difficultés d'ordre physique (lombalgie, TMS) et ensuite sur celui des salariés ayant un problème de santé mentale.

1. Le parcours et le cheminement du salarié atteint

Dès les premières publications, en 1994, par l'étude exploratoire portant sur les processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation (Baril, Martin, Lapointe et Massicotte, 1994), les notions de trajectoire, de parcours apparaissent. Les précédentes études auxquelles se réfèrent ces auteurs, s'appuient sur deux approches, prenant l'individu comme point de départ : d'une part les caractéristiques sociodémographiques (permettant d'examiner quel type d'individu réintègre le marché du travail), d'autre part la prise en compte de la nature de la lésion et des processus psychosociaux, comme prédicteurs du succès de la réadaptation et du retour au travail. C'est en examinant le champ de la psychopathologie du travail, qu'ils décèlent "l'importance de comprendre les liens entre les différentes dimensions de l'expérience de l'individu accidenté (vécu de la reprise d'activité, de la reconversion, etc.) et les perceptions du milieu de travail (employeur, collègues, etc.) pour saisir les processus qui interviennent au niveau de la réinsertion professionnelle." (id., p.3).

A partir de cela, les auteurs examinent le processus de retour au travail des travailleurs qui, suite à une lésion professionnelle, sont passés par un processus de réadaptation physique, sociale et professionnelle, à travers deux concepts : la trajectoire et le cheminement.

- La trajectoire s'applique à l'univers légal et administratif qui encadre les travailleurs à partir du moment de l'événement menant à la réadaptation jusqu'au dénouement du processus de réinsertion sociale et professionnelle. La trajectoire concerne ainsi le traitement de cas, dans le cadre d'une structure médicale, administrative et juridique.
- Le cheminement est celui de l'expérience qu'ont les travailleurs de ce processus.

Tableau 2 : La trajectoire et le cheminement dans le processus de retour au travail des travailleurs, suite à une lésion professionnelle

(Baril, Martin, Lapointe et Massicotte, 1994)

Trajectoire avec ses 3 ensembles de caractéristiques		
médico-administratives	individuelles des travailleurs impliqués dans le processus	contextuelles
- le type de processus intégrant ou non la définition de l'emploi que le salarié est en capacité d'exercer et la détermination des mesures d'adaptation, - la consultation pour l'évaluation des capacités fonctionnelles et des possibilités professionnelles - les **délais** dans la mise en oeuvre du processus.	- le sexe, l'âge, l'**ancienneté** dans l'entreprise, le salaire annuel, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique (APIPP) et le siège de la lésion. Deux logiques émergentes : - *le retour* chez son employeur, grâce à une dynamique active interne de l'entreprise, - *l'intégration chez un nouvel employeur* ou la recherche d'emploi.	- la taille de l'entreprise, - les démarches effectuées par d'autres acteurs sociaux que la CSST, - la présence d'un syndicat dans l'entreprise - la possibilité de contestation.
Le cheminement des travailleurs		
le parcours qui renvoie à la représentation qu'ont les travailleurs de la **trajectoire suivie** dans l'univers médical et administratif et face à la réinsertion professionnelle	la **carrière sociale** qui se réfère à la représentation qu'ont les travailleurs de leurs relations avec les autres acteurs de leur vie sociale, suite à leur participation au processus de réadaptation	l'**itinéraire personnel** qui se rapporte à la personne même du travailleur.
<u>1- parcours médical :</u> - Les contacts (et perte de celui-ci) et difficultés d'accès avec les différents médecins. - La détermination des limitations et capacités fonctionnelles <u>2- parcours administratif :</u> - La possibilité d'avoir une formation - L'analyse (ou non) des exigences fonctionnelles de l'emploi - Le temps accordé au travailleur pour décider de sa réorientation professionnelle - La possibilité de constatation médicale ou administrative <u>3 - parcours emploi :</u> - La nécessité d'une dynamique interne de l'entreprise	- Le *maintien* d'une légitimité sociale - La présence d'un réseau social supportant, avec le support moral et financier par la famille et les proches.	- La représentation de soi - La *reconstruction* d'une *nouvelle* identité conforme à ses limitations avec un processus *progressif* d'acceptation de son *nouvel* état - *La projection dans l'avenir*

Ce tableau illustre plusieurs dimensions contextuelles du processus de retour au travail, mais aussi des éléments en lien avec le déroulé temporel, le changement, l'évolution vers un état acceptable pour le travailleur concerné (chacun des termes en italique évoque cette idée de déroulement temporel). Cette étude a fait émerger plusieurs axes de recherche, dont deux nous intéressent particulièrement : le facteur temps comme dimension du processus mais

aussi l'examen de la dynamique du processus avec une modélisation intégrant les interactions entre les médecins, les conseillers et les employeurs.

Ce que nous nommons le maintien dans l'emploi, et dans ces études, le retour au travail au sens large (dans ou hors de l'entreprise d'origine) comprend une dimension processuelle importante, avec des étapes et comme point de départ le salarié, mêlant plusieurs parcours pour celui-ci. Ainsi, Durand, Baril, Loisel et Gervais (2008) ont cherché à comprendre les processus d'évolution des travailleurs présentant des lésions musculosquelettiques au cours de leur programme interdisciplinaire de réadaptation au travail. Ils ont pu identifier 4 types de trajectoires avec des facteurs facilitant (en orange) et des facteurs entravant (en violet) le retour au travail.

Figure 11 : Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail

- Bonne adhésion du travailleur - Satisfaction au travail - Progrès cliniques rapides - Difficultés psychologiques peu importantes - Flexibilité et ouverture nécessaires du milieu de travail **Retour au travail sans obstacle**	- Durée de l'absence + importante - Crainte de rechutes et perceptions d'incapacité - Détresse psychologique - Milieu de travail moins flexible, moins ouvert - Manque de reconnaissance de la lésion du travailleur + Image négative du travailleur par les collègues et l'employeur **Retour au travail avec obstacles**
- Très bonne adhésion du salarié au programme de réadaptation mais craintes importantes face au retour au travail - Une certaine augmentation des capacités physiques - Millieu de travail non collaborant - Incapacité à gérer leur douleur au travail **Non-retour au travail avec épisodes de progression** - Manque de collaboration entre les différentes parties-prenantes	- Absence très prolongée du travailleur de son milieu de travail - Adhésion au programme de réadaptation problématique - Mauvaise gestion de la douleur, associée à la peur d'aggraver sa situation physique - Manque de motivation du salarié - Manque de collaboration des collègues - Opportunités de travail et de collaboration de l'employeur déficientes **Non-retour au travail sans progressions**

L'identification de ces trajectoires a fait émerger plusieurs éléments conditionnant le retour au travail du salarié : la durée de l'absence, l'adhésion du travailleur et sa croyance face au retour au travail, le type de transaction que l'individu va expérimenter lors de l'annonce ou de l'exposition au travail et la présence de collaborations entre les différents partenaires.

Selon le point de vue adopté dans ce tableau, plusieurs catégories de représentations (Baril, Durand, Coutu, Côté, Cadieux, Rouleau & Ngomo, 2008) interviennent sur l'efficacité du retour au travail :

- des représentations sociales, issues d'un ensemble de valeurs et normes généralement partagées par la société.
- L'écart possible entre l'état actuel des travailleurs et leurs représentations de la santé et de la maladie, de la douleur. La douleur est considérée comme un signal à partir duquel le travailleur évalue l'efficacité de ses actions. La douleur revêt alors le rôle de baromètre qui guide l'évaluation de l'évolution de l'état actuel.
- L'importance pour le salarié concerné d'avoir des buts définis et précis

En fonction de cela, il doit pouvoir réaliser une autorégulation du comportement du travailleur en vue de s'adapter à son problème, pour avoir un certain recul sur sa situation, être en capacité de réfléchir dessus. Un processus d'autorégulation est un mécanisme dynamique par lequel le travailleur génère la représentation de sa situation, élabore son plan d'action en vue de s'adapter et évalue l'efficacité de son action. Cela rejoint la nécessité d'un cheminement (précédemment défini) cohérent. Comme son nom l'indique, le cheminement du salarié est progressif et s'étale nécessairement sur le temps.

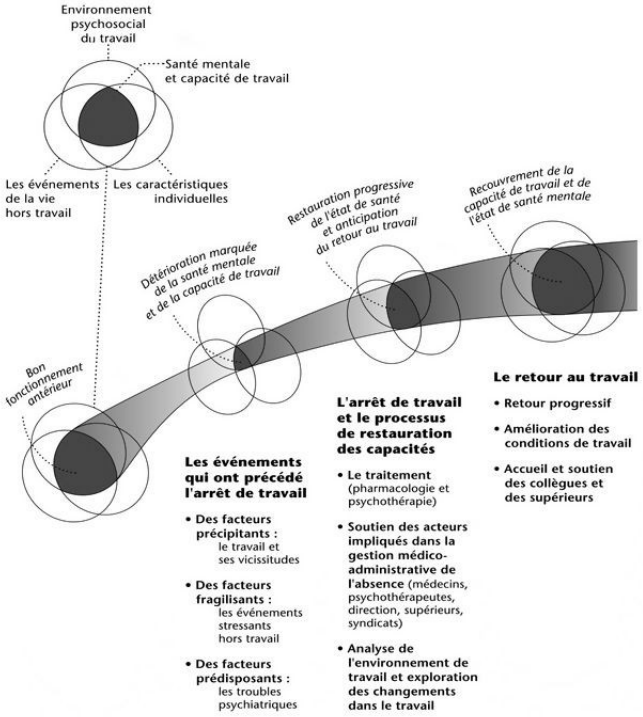
En prenant l'exemple des programmes de réadaptation menés au Québec, les auteurs notent que le parcours du salarié n'est pas linéaire. Il est fait d'allers-retours, d'arrêts, et la gestion du temps et du rythme est primordiale pour aboutir à une solution efficace.

2. Un retour au travail précoce et/ou progressif ?

Dès 2000, Baril et Berthelette soulèvent l'importance d'un retour précoce des travailleurs dans leur milieu de travail pour prévenir la chronicité des lésions. Par une absence prolongée, le travailleur risque de rencontrer des problèmes d'origine psychosociale pouvant entraver son retour. Saint-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume (2003) les rejoignent dans l'idée que l'arrêt de travail (associé au processus de restauration des capacités) constitue une étape charnière entre le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle. En s'inspirant des travaux de Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts (1996), ils proposent d'analyser le processus de réinsertion professionnelle comme un phénomène dynamique construit dans le temps au cours d'une interaction entre les événements qui ont précédé l'arrêt de travail, le processus de restauration des capacités et les conditions qui favorisent ou empêchent le retour au travail.

Figure 12 : Modèle de la dynamique des facteurs impliqués dans le processus de désinsertion et de réinsertion professionnelle

(Extrait de Saint-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003)



Le rendement occupationnel (Law et al., 1996) est défini comme étant un processus dynamique et ancré dans le rapport au temps. Ce modèle (cf. figure ci-contre) étudie l'interaction des caractéristiques individuelles, des activités réalisées par la personne et de son environnement (professionnel), au cours du temps et de l'espace. Cela rejoint l'approche du handicap situationnel, portée par l'ergonomie. La performance opérationnelle (ou rendement occupationnel) résulte de la congruence, de l'ajustement "parfait" de ces trois caractéristiques. Ce modèle et l'interprétation qu'en ont faite Saint Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume (2003), pour des salariés ayant un problème de santé mentale, ont été particulièrement utiles pour construire ce que nous appelons le processus "Maintien dans l'emploi".[17]

Par cette étude (Saint Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003), les auteurs expliquent la nécessité de *préparer* la reprise de travail. L'anticipation reste encore une fois le maître mot. Ils proposent plusieurs dimensions devant faire l'objet de cette anticipation :

- L'organisation du retour,
- l'exploration des possibilités d'apporter des améliorations aux conditions qui ont contribué au retrait du travail,
- l'organisation d'un retour progressif en tenant compte des rapports sociaux de travail,
- l'examen des effets possibles de ces changements sur le travail des collègues

Durand (2008) alerte sur l'intérêt du retour progressif au travail (correspondant pour partie, au temps partiel thérapeutique français) mais aussi sur la nécessité d'une mise en œuvre vigilante. Le manque d'information des collègues, du responsable hiérarchique, sur le moment du retour du salarié mais aussi des sentiments de surcharge et de stress supplémentaire peuvent entraver le bénéfice de ce retour progressif. Les premiers jours sont cruciaux pour le travailleur pour assurer un retour stable : il doit avoir le sentiment d'efficacité, de réussite (Durand, Baril, Loisel et Gervais, 2008).

[17] Celui-ci sera défini ultérieurement aux chapitres 6 et 7.

3. Cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap (PPH)

Le cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap a favorisé l'intégration du milieu de travail dans les programmes de réadaptation tels que le modèle de Sherbrooke et PREVICAP au Québec. En 1996, grâce aux travaux de Fougeyrollas, Cloutier, Bergeron, Côté et Saint-Michel, le cadre conceptuel du Processus de Production du Handicap[18] définit la situation de handicap au travail comme la résultante de l'interaction entre l'atteinte de systèmes organiques et des aptitudes de la personne d'une part et des facteurs environnementaux, rendant complexe la réalisation ou non d'une habitude de vie (Durand et Loisel, 2001). Ce modèle conceptuel introduit également l'idée que les « facteurs environnementaux » présents dans le milieu de la personne ou d'une population peuvent se révéler être des facilitateurs ou des obstacles. Le PPH est donc un modèle positif qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne.

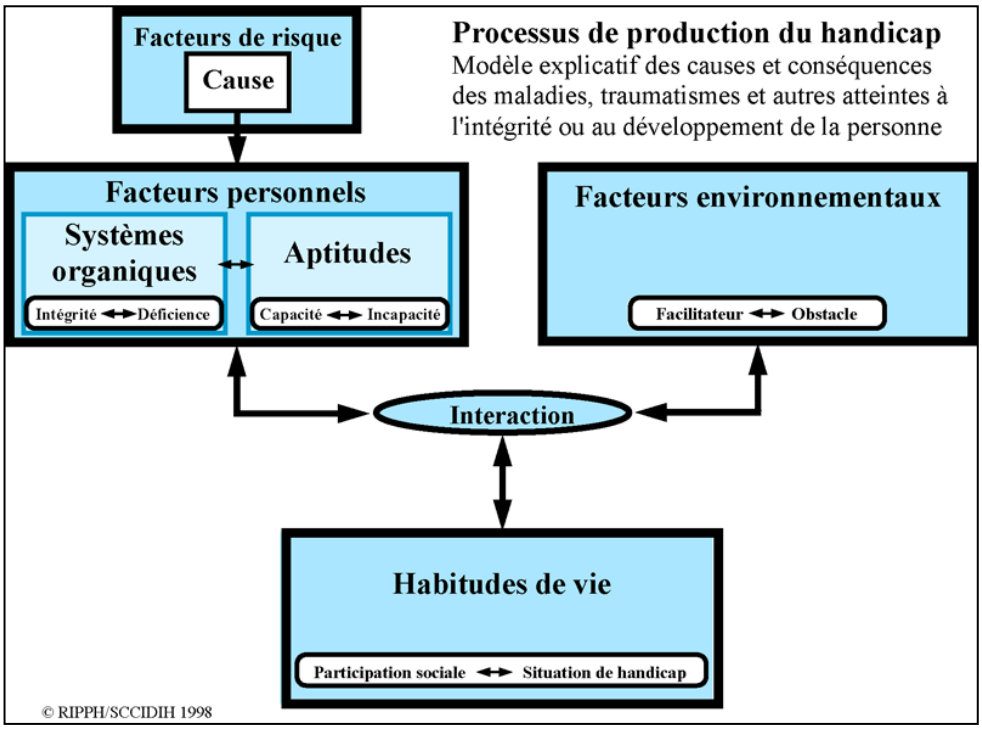


Figure 13 : Première présentation de la composante PPH du Modèle de développement humain - Processus de Processus de production du handicap (MDH - PPH)

[18] http://www.ripph.qc.ca/mdh-pph/mdh-pph

Le modèle a évolué depuis l'originel (figure précédente). Il intègre dorénavant une dimension temporelle. Des précisions ont également été apportées aux « facteurs environnementaux », lesquels se décomposent désormais en « environnement sociétal » (ou MACRO), en « environnement communautaire » (ou MÉSO) et en « environnement personnel (ou MICRO). Les habitudes de vie sont désormais définies en termes d' « activités courantes » (les déplacements par exemple) et de « rôles sociaux » (comme le travail).

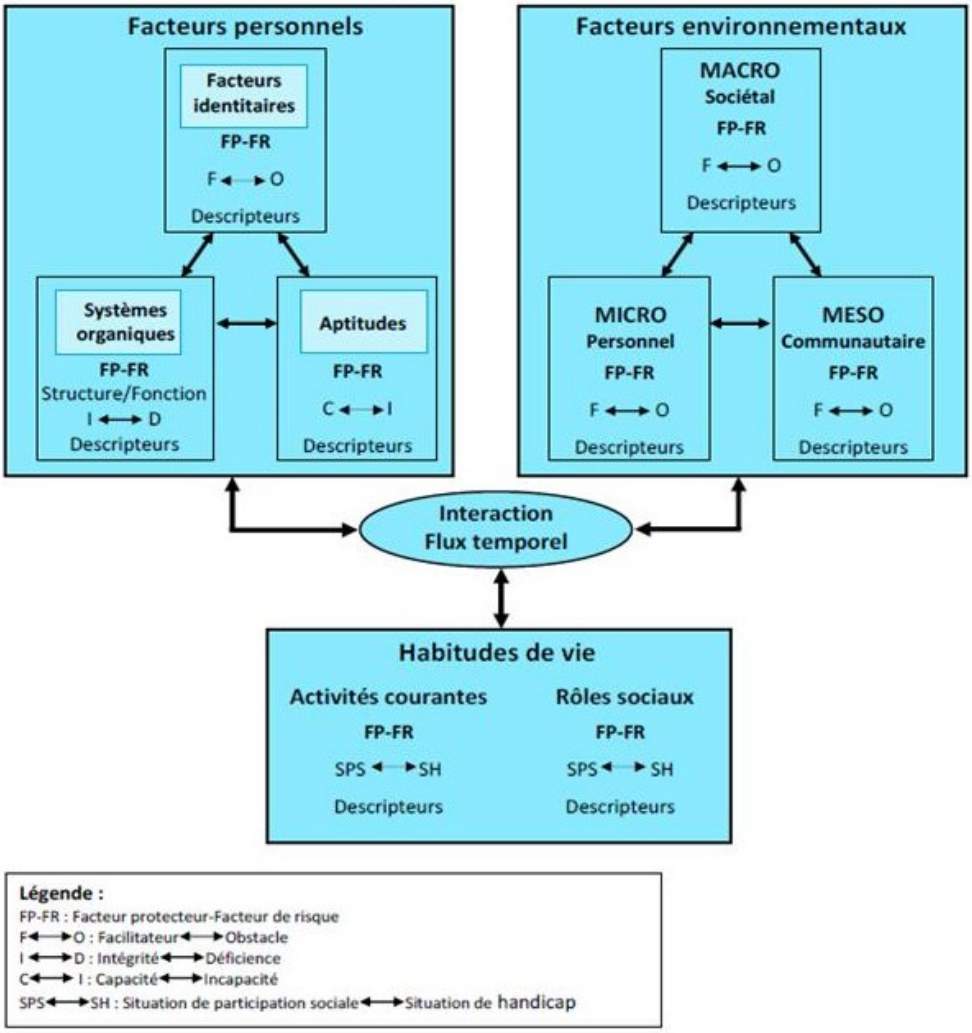


Figure 14 : Modèle de développement humain et Processus de production du Handicap (MDH-PPH 2)

(Fougeyrollas, 2010)

4. Des démarches éprouvées pour le maintien du lien d'emploi des salariés atteints de TMS

Le modèle de Sherbrooke (Loisel, Durand, Abenhaim, Gosselin, Simard, Turcotte & Esdaile, 1994), développé depuis les années 1990, demeure une des références les plus solides dans le domaine de la réadaptation au travail pour les personnes atteintes de lombalgie. Ce modèle combine l'intervention clinique et l'intervention en milieu de travail. Les

caractéristiques du modèle de Sherbrooke sont d'identifier précocement les salariés risquant d'évoluer vers la chronicité et d'associer systématiquement leur milieu habituel de travail pour favoriser le retour précoce au travail et le maintien dans l'emploi. En effet la prise en charge du salarié est initiée à la phase subaiguë de la lombalgie, dès que l'absence dépasse quatre semaines. Cette prise en charge précoce vise en complément du retour au travail, la prévention de la désinsertion professionnelle généralement provoquée par les absences prolongées du travail (Fassier, Durand, Loisel, Caillard & Roquelaure, 2009).

Ce modèle a permis de modifier le paradigme dans le champ de la réadaptation vers la prévention d'incapacité (Fassier, Durand et Loisel, 2009) : « le problème n'est plus la lésion mais l'incapacité du travailleur à reprendre son travail et la vision de ce problème n'est plus centrée sur l'individu mais de type systémique ». Ainsi l'objectif de la prise en charge est le retour du travailleur à son emploi pour recouvrer la réalisation de son rôle social de travailleur.

Le programme PREVICAP (prévention du handicap) s'est développé, lui, à destination des salariés atteints de troubles musculo-squelettiques de toutes localisations, avec comme objectif la reprise du rôle social de travailleur en intervenant sur les obstacles au retour au travail. Une équipe pluridisciplinaire se base sur l'utilisation du milieu de travail ordinaire comme modalité thérapeutique, ce avec une approche concertée de l'ensemble des partenaires sociaux et du travailleur absent du travail (Charpentier, 2011). Les caractéristiques principales de ce programme sont les suivantes (Durand et Loisel, 2001) :

1) la collaboration systématique entre des conseillers en réadaptation de la Commission de la Santé et Sécurité du travail (CSST) (organisme de compensation du Québec) et l'équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail PRÉVICAP ;

2) la prise en charge précoce des travailleurs, au bout de 8 semaines d'absence ;

3) l'intégration rapide du travail réel dans le programme, avec l'utilisation du milieu réel de travail comme espace d'entraînement ;

4) l'établissement d'une collaboration avec l'employeur et le médecin traitant.

Pendant le programme, l'évaluation des facteurs de risques et obstacles au retour au travail se réalise de façon continue, avec un partage au niveau de l'équipe interdisciplinaire, pour ajuster continuellement le plan de traitement aux facteurs qui entravent la progression des travailleurs.

En 2012, soit près de 20 ans après la conception du premier programme de réadaptation intégrant le milieu de travail, Durand, Berthelette, Loisel et Imbeau ont voulu apprécier la variation dans l'implantation du programme et l'écart entre le programme "de collaboration précoce en réadaptation au travail" planifié et celui offert.

Les résultats démontrent que les étapes du modèle opérationnel et les ressources employées dans la prestation des soins ont été globalement respectées par rapport au modèle initial. Cet aspect est un élément important de cohérence de l'intervention.

Toutefois, cette étude a mis en perspective deux écarts importants dans l'implantation du programme. Le premier écart concerne la collaboration entre le médecin traitant externe et l'équipe interdisciplinaire. Le second écart attire particulièrement notre attention, il s'agit de délais importants entre les différentes étapes du programme. La première étape opérationnelle dans ce programme, le diagnostic de la situation de Handicap au Travail, se réalise avec un délai deux fois plus long que prévu ; cela implique la remise en cause de la précocité, principe même du programme. Au lieu de se réaliser en phase aigue de la maladie, de la dorsalgie, cette étape intervient plutôt en phase chronique. Ce qui signifie la difficulté de mise en œuvre d'actions "au bon moment" dans le cadre du maintien dans l'emploi.

Au-delà de ces écarts, cette étude démontre que l'intervention en réadaptation est imbriquée dans un environnement social avec nécessité d'une collaboration efficace avec différents partenaires, d'où découlent des alliances stratégiques à identifier. Les représentions des travailleurs peuvent aussi changer au fil du programme de réadaptation et agir sur l'implantation des étapes de ce programme.

Selon nous, l'intervention en réadaptation pour des salariés atteints de TMS mise en œuvre au Québec est une base importante de réflexion pour l'intervention des ergonomes français dans le champ du maintien dans l'emploi des salariés malades chroniques. Les cadres juridiques et institutionnels diffèrent, les maladies également, mais il s'agit toujours d'un salarié encourant le risque de perdre son emploi du fait de sa santé. Émerge ainsi un risque d'exclusion sociale et professionnelle. Au travers de ce chapitre, nous avons pu repérer des implications temporelles de différents ordres, pouvant être décalquées sur les interventions ergonomiques françaises, mais aussi souligner l'importance des représentations des salariés vis-à-vis du processus de retour au travail, de leurs capacités et de leur maladie elle-même.

Chapitre 4 - Les entreprises disponibles, préparées face aux situations où le maintien dans l'emploi est en jeu ?

Conjointement à leurs obligations face aux situations d'inaptitude, les entreprises doivent réaliser des actions ou des démarches à l'attention des personnes reconnues handicapées. La principale obligation concerne l'emploi des travailleurs handicapés avec la nécessité de respecter un quota de 6 % de l'effectif total de ses salariés (effectif calculé selon les modalités définies à l'article L. 1111-2 du Code du travail). Bien des écrits portent sur l'intégration des salariés handicapés, leur embauche, les processus de recrutement, les politiques des entreprises pour respecter ce quota et éviter toute pénalité financière. La pression législative oblige les entreprises à réfléchir à une politique d'intégration des personnes handicapées (Barel et Frémeaux, 2010) Néanmoins, dans ce chapitre, nous nous attarderons plutôt sur les conditions nécessaires pour conserver les salariés handicapés en poste, aux politiques et stratégies d'entreprise pour cela, aux enjeux managériaux et collectifs en ce sens. Le dossier "handicap" est pris en charge majoritairement par les Ressources Humaines de l'entreprise, voire par des missions Handicap créées spécifiquement dans ce but.

1. Les freins et leviers à l'intégration des personnes handicapées en entreprise

1.1. Les stéréotypes et discriminations à l'égard du handicap

Avant de décrire les démarches favorisant l'emploi des travailleurs handicapés au sein des entreprises, nous allons examiner les freins et les leviers existants. Les recherches en ce domaine ont montré deux types de discriminations inadéquates dans les organisations à l'égard des minorités (Jones, 1997), dont font partie les salariés handicapés. Le premier type est appelé discrimination d'accès et renvoie aux barrières qui empêchent les individus stigmatisés d'obtenir un emploi, comme cela se produit pour l'intégration et l'embauche des personnes handicapées. Le second type de discriminations de traitement renvoie aux discriminations inadéquates rencontrées lorsque l'on a obtenu un emploi. Négligeant les performances réelles des membres du "sous-groupe", il peut entraîner des conséquences négatives telles que des occasions de formation moindre, un rythme ralenti de promotion, des affectations à des postes sans débouchés ou à des projets sans challenge, une appréciation de leurs performances biaisée de manière négative, l'absence d'acceptation du groupe de travail et le manque d'occasions de soutien et de tutorat. Aussi le maintien dans l'emploi au sens où nous l'entendons (Lancry-Hoestlandt et al., 2004) ne doit pas seulement éviter la rupture du contrat de travail pour cause d'inaptitude au poste ; il doit permettre à l'entreprise de conserver mais aussi de développer les compétences et ressources internes, en travaillant sur le parcours professionnels de ces salariés. Permettre à un salarié (reconnu

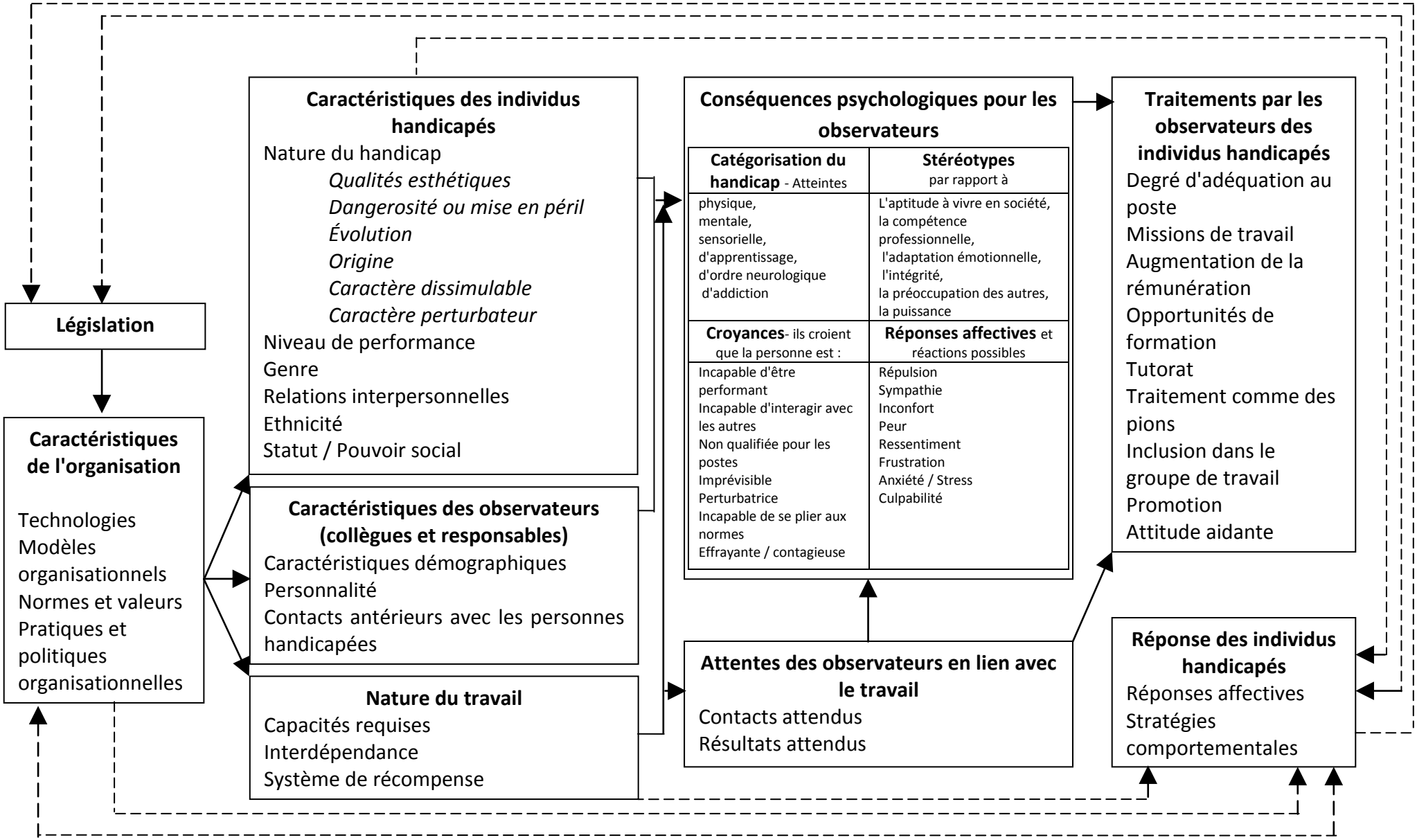
handicapé ou non) de progresser au cours de sa carrière professionnelle est du ressort des Ressources Humaines.

Les discriminations ne sont pas les seuls freins au maintien dans l'emploi. Le modèle de Stone et Colella (1996) (Figure 15) est une illustration intéressante de l'approche du handicap en entreprise. En effet, il permet de visualiser les interactions multiples existant entre la législation sur le handicap, les caractéristiques des entreprises, des salariés handicapés, des ressources humaines, des responsables et des collègues, les représentations, les attentes, le comportement à l'égard des personnes handicapées au travail et les réponses de ces deniers. Ce modèle met en exergue les différentes dimensions qui influent sur le "traitement" des salariés handicapés dans l'entreprise ; il permet de relever notamment l'importance des individus, de leurs individualités et des facteurs environnementaux pour influencer la manière dont sont traitées les personnes handicapées dans les organisations. Il est à noter que ce modèle bien qu'ancien inspire encore la plupart des auteurs écrivant sur ce thème (Jones, 1997, Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010, Pozzenon et Champagne, 2009, Kulkarni et Valk, 2010). En 2004, Lancry-Hoestlandt, Akiki et Houillon reprennent les freins à la mise au travail des travailleurs handicapés : les résistances d'ordre psychologique en rapport avec les représentations que l'employeur se fait de l'emploi et du handicap, les croyances erronées et les préjugés véhiculant une image négative du handicapé qui est perçu en termes de diminution, de manque, de perte (une personne peu productive, nécessitant plus d'attention, constituant une charge pour l'employeur, peu fiable, présentant plus d'absentéisme (Naschberger, 2008)).

En réponse aux facteurs managériaux, collectifs tels que les stéréotypes ou des attentes empreintes de préjugés et/ou d'une moindre confiance, qui risquent d'amener à l'exclusion ou une mise à l'écart sous-jacente dans l'entreprise, les salariés handicapés développent, selon Stone et Colella (1996), puis Kulkarni et Valk (2010), trois types de stratégies comportementales :

- des stratégies visant à changer les attentes et les états affectifs des autres :
    - en dissimulant ses difficultés pour gagner l'acceptation des autres,
    - en les formant sur le handicap
    - en demandant de l'aide
    - en adhérant aux intérêts, opinions et valeurs du groupe majoritaire, pour faire diminuer le sentiment de différences
    - en augmentant leurs niveaux d'efforts et de performances de façon "extraordinaire"
- des stratégies utilisées pour changer les politiques et pratiques organisationnelles : par des actions groupées, via des associations par exemple, ils peuvent communiquer sur les bénéfices pour les entreprises et pour la société d'inclure le handicap dans le travail.
- des stratégies pour se protéger ou se changer soi-même afin de lutter contre tout préjudice (comme essayer de diminuer la différence en changeant son apparence). Ces stratégies d'usage et de moindre visibilité du handicap vis-à-vis du collectif de travail sont autant de leviers utiles pour favoriser le maintien dans l'emploi.

Figure 15: Modèle des facteurs affectant le traitement des individus reconnus handicapés dans les organisations (Traduit et adapté de Stone et Colella, 1996)



En effet, la conception et la représentation du handicap influent sur sa prise en compte par le collectif de travail (Gardien, 2006).Un moindre sens peut être donné au handicap par le collectif de travail, annulant par là son existence, même si ce dernier est pourtant reconnu par les instances légitimes. A contrario, le collectif de travail peut reconnaître le handicap avec la prise de conscience d'aménagements nécessaires pour permettre la productivité du travailleur. Et enfin, il existe des situations où la compétence du salarié en situation de travail avec un handicap est reconnue par l'entourage professionnel, si bien que le handicap peut être oublié du fait de l'adaptabilité de la personne concernée.

1.2. Retentissements économiques et handicap

L'un des freins les plus affichés est la crainte d'un retentissement économique trop important pour l'entreprise. Des pratiques associées aux préjugés particulièrement discriminatoires liés au handicap émergent : un salarié moins productif, avec le risque d'un plus fort absentéisme, et la nécessité d'aménagements forcément lourds, etc. De ce fait, les avantages économiques sont moins facilement perçus et perceptibles. "Les avantages attendus de la diversité (être à l'image de ses clients, ne pas se priver de compétences dans la guerre des talents ou encore refléter ses parts de marché) ne semblent pas compenser le coût présumé de l'intégration des personnes handicapées" (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010).

Les démarches d'intégration des personnes handicapées visent à réduire la contribution financière à verser à l'Agefiph (en cas de non-respect de l'obligation d'emploi d'au moins 6 % de travailleurs handicapés), le montant de la contribution compensatrice à verser et à accroître la performance économique. Sur ce dernier point, la gestion de la diversité est considérée par les directions stratégiques comme un moyen de valorisation de l'image publique de l'entreprise mais aussi comme une source de performance économique avec une meilleure fidélisation des salariés, une amélioration du climat et de la cohésion sociale, en optimisant la responsabilité sociétale (Barel et Frémeaux, 2010).

1.3. La notion d'aménagement raisonnable

La notion d'aménagement raisonnable peut être vue comme un levier, ou plutôt un compromis acceptable aussi bien pour le salarié que pour l'entreprise.

Afin qu'une personne handicapée puisse accéder à ou exercer, un emploi correspondant à ses qualifications, à égalité de traitement avec les autres salariés/agents, les employeurs des secteurs public et privé sont tenus, par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, de mettre en place des « aménagements raisonnables ». Cette exigence d'aménagement raisonnable a été transposée en droit français, à partir de la Directive européenne du 27 novembre 2000.

Article L. 5213-6 du Code du Travail et article 6 sexies de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 :

« Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, l'employeur prend, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou (et) d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée. »

« Ces mesures sont prises sous réserve que les charges consécutives à leur mise en oeuvre ne soient pas disproportionnées, compte tenu de l'aide qui peut compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur. »

En effet, plusieurs possibilités d'aménagements, sous la forme d'aides, relais et ressources, existent pour permettre l'emploi des personnes handicapées. Or, celles-ci ne sont pas toujours saisies ; la loi demande à l'employeur de s'en emparer afin de les mettre en place hors impossibilité avérée (Défenseur des droits, 2013). Le refus de prendre les mesures appropriées sans démontrer qu'elles représentent une charge disproportionnée peut constituer une discrimination au sens de l'article L. 1133-3 du Code du Travail.

2. L'entreprise, son organisation, un environnement d'intégration ?

Or intégrer les personnes handicapées dans l'entreprise nécessite de s'intéresser à la notion de *situation de handicap*, caractérisée comme le résultat de l'interaction entre l'état de santé d'une personne et une situation donnée. C'est sur cette notion que repose en partie la définition que donne la loi du statut de travailleur handicapé qui peut alors prendre des sens très variés *in situ* (Gardien, 2006). Le handicap dépend donc avant tout de la réponse de l'environnement, du fait que l'environnement soit adapté ou non aux incapacités de la personne, facilite ou non la vie dans l'entreprise.

En effet, en matière de handicap, l'environnement peut jouer aussi bien le rôle de catalyseur que d'obstruction (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010). Bien évidemment, cet environnement est influencé par l'aspect législatif qui conditionne les valeurs, les normes, les politiques ou encore les pratiques organisationnelles. Les caractéristiques organisationnelles affectent les salariés actuels ou potentiels, notamment sur la manière dont le handicap est perçu dans l'entreprise, mais aussi la nature du travail effectué au sein de l'organisation en faisant émerger des interrogations sur les aptitudes requises pour ce travail.

Les freins à l'intégration des personnes handicapées, précédemment explicités, peuvent être levés en étant attentif aux barrières individuelles, liées aux représentations sociales du handicap, mais aussi aux barrières organisationnelles, liées à l'entrée, l'évolution ou l'intégration des personnes handicapées (Jones, 1997). Ces dimensions organisationnelles font partie intégrante de l'entreprise.

L'entreprise est amenée à faire constamment la balance entre son organisation (en comprenant le collectif) et les "caractéristiques" du salarié handicapé. En effet, un effort réussi pour accueillir des salariés ayant une déficience ne consiste pas seulement en un aménagement centré sur les besoins du salarié, mais passe aussi par des ajustements sur l'organisation. Sans aménagements organisationnels adéquats, la société et les besoins de l'employé ne se rencontreront pas, et l'émergence d'un litige devient beaucoup plus probable (Nelson et Kleiner, 2001). Il est en effet illusoire de tenter de séparer le management des personnes en situation de handicap d'une gestion organisationnelle globale. (Kerroumi, 2007)

Le positionnement des entreprises s'avère plus compliqué qu'il n'y parait. La responsabilité et l'action sur le handicap en entreprise oscillent entre plusieurs acteurs : les manageurs de proximité, les acteurs médico-sociaux et les ressources humaines. Le Roy-Halala (2009) le démontre en faisant émerger trois approches possibles au sein de grandes entreprises.

1- Une approche où la diversité est privilégiée avec une logique de valorisation professionnelle (via les compétences), avec une recherche de réponse aux exigences de productivité et d'efficacité de l'entreprise. Cette approche repose sur l'engagement volontaire des managers porteurs de la politique de gestion des ressources humaines au niveau local, personnellement impliqués vis-à-vis du salarié. Mais cette implication ne garantit pas la pérennité du maintien dans l'emploi, notamment an cas de changement de manager.

2- Une approche médico-sociale implique des acteurs implantés localement, tels que les assistants sociaux, les infirmiers, les médecins. Le rôle des ressources humaines est ici amoindri. Dans cette approche, la logique d'assistance est forte avec une prise en charge globale et un devoir de solidarité à l'égard du salarié (dans les champs personnel et professionnel) au nom de la responsabilité sociale de l'entreprise. Le risque de cette approche est de concéder au salarié un statut privilégié, un peu à la marge de l'entreprise, du collectif de travail, ce qui ne lui permet pas d'acquérir sur le long terme un statut de salarié à part entière.

3- La dernière approche est pilotée par la structure de d'entreprise, par le système hiérarchisé et centralisé d'un dispositif de correspondants qui relaient sur le terrain une politique du handicap établie au niveau central. "C'est la planification de la politique qui prédomine, inscrivant dans une certaine mesure le handicap dans une logique de contraintes réglementaires. La légitimité de la politique repose sur l'intégration du handicap à la politique de ressources humaines et de gestion des hommes." Les acteurs du médico-social interviennent ponctuellement, sur la base du registre réglementaire, limitant ainsi toute possibilité d'accompagnement de proximité individualisé.

3. Les manageurs et le maintien dans l'emploi

Sont directement concernés et confrontés à la réalité du handicap au travail : les manageurs, les responsables directs, les cadres de proximité. Ces derniers constituant le niveau hiérarchique le plus proche des salariés sont ceux habituellement les plus immédiatement sollicités. Par rapport aux responsables Ressources Humaines, ces manageurs mais aussi les collègues ont été identifiés comme les plus aidants vis-à vis des salariés en situation de handicap (Kulkarni et Valk, 2010).

Mais cela ne se fait pas sans difficulté pour eux. Kerroumi (2007) cite Mintzberg pour indiquer que "la principale qualité d'un manager est de fonder sa pratique sur le rationnel". Mais par son étude, Kerroumi (2007) a pu détecter un fait constant et déterminant dans les attitudes des manageurs en France : lorsque ceux-ci ont affaire à des situations de handicap, leur mode d'organisation du travail perd fortement de sa rationalité. Ces éléments perturbateurs voire inhibiteurs de leur savoir-faire suscitent alors une perception inexacte des personnes en situations de handicap, avec une assimilation fréquente à la non-productivité, un transfert des questions de handicap aux cadres responsables du social dans l'entreprise, empêchant ainsi la mise en œuvre de réflexion prospective. Pour le manager, le handicap relève plutôt des sphères du social et de la santé : le travailleur en situation de handicap n'est pas de leur ressort. Selon cet auteur, leur représentation du handicap est perturbée par la peur de l'inconnu (id., p.163).

La démarche prospective sur les plans stratégique, de la gestion des projets et des ressources humaines (avec ses particularités), que pourrait adopter le manager, se trouve le plus souvent rétrécie, voire réduite, au fil du temps par une perspective orientée sur les seuls chiffres issus du tableau de bord de l'entreprise, avec une culture de la rationalité mathématique (id., p.164).

Même s'ils tentent d'être les plus aidants possible vis-à-vis des salariés en situations de handicap, cela ne se fait pas sans difficultés, avec parfois des conflits internes et de logiques pour ces gestionnaires de terrain, pouvant mettre en jeu la pérennité du maintien dans l'emploi.

4. Le rôle des Ressources Humaines

Sans pouvoir changer les attitudes générales à l'égard des personnes handicapées, les gestionnaires ont la lourde tâche de mettre en œuvre des pratiques de gestion des ressources humaines appropriées pour réduire la discrimination des personnes handicapées et favoriser au mieux leur intégration dans les milieux de travail (Pozzebon et Champagne, 2009).

En étant membres du comité de direction mais aussi en relation étroite avec les salariés et leurs représentants, les Directeurs des Ressources Humaines (DRH) et Responsables Ressources Humaines (RRH) semblent avoir un rôle primordial à jouer pour rassembler les

parties prenantes autour d'un projet commun qui intègre l'idée de responsabilité sociale. L'étude de Barel et Frémeaux (2010) permet de caractériser quel sens donnent les RRH à leur activité professionnelle quand ils se soucient réellement des personnes concernées par le handicap.

Les DRH ne peuvent pas se limiter à l'élaboration annuelle du bordereau administratif de déclaration de situation en matière d'emploi de personnes handicapées. La pression législative les oblige à réfléchir à une politique d'intégration de ces personnes.

Bien plus que la pression économique liée à l'augmentation de la contribution Agefiph ou le désir d'accroître la performance économique ou même sociale, c'est la volonté personnelle de certains DRH ou chargés de mission de s'engager auprès des personnes handicapées qui explique leurs démarches (ibid, 2010). Il y a également le désir de donner du sens à leur travail qui intervient. Ce désir est profondément lié à leur volonté d'intégrer des personnes handicapées dans la durée mais aussi à leur histoire personnelle, aux relations qu'ils ont pu avoir avec des personnes en situation de handicap ou à leurs propres expériences du handicap.

Au cours de leur(s) actions, ils jaugent plusieurs éléments (ibid, 2010) :

- l'impact économique de leurs actions : ils semblent accepter que celui-ci soit incertain et difficile à mesurer
- la motivation de la Direction : avec parfois des regrets quand celle-ci ne relève que du registre économique et de l'image. En effet dans tout projet de maintien dans l'emploi, pour ces responsables des Ressources Humaines ayant le statut de gestionnaire dudit projet, le pouvoir décisionnel doit être reconnu ; dans le cas contraire, leur positionnement deviendra marginal avec un affaiblissement au cours du temps (Kerroumi, 2007), ce qui ne contribuera pas à terme à la pérennisation des actions de maintien dans l'emploi et à leur efficacité.
- La possibilité de travailler avec les partenaires sociaux ou les experts externes, afin de réaliser les réaménagements nécessaires. Sur ce dernier point, ils peuvent être déçus par la superficialité des échanges, notamment avec les partenaires sociaux, par leur manque de connaissances sur le handicap (par rapport aux différentes formes de handicap, aux subtilités du problème, aux enjeux, aux risques…).

Le tableau ci-dessous (page suivante) indique les éléments qui font sens (Barel et Frémeaux, 2010) pour les RRH pour mener des démarches handicap. Le sentiment d'agir de façon autonome donne du sens au travail du RRH, avec le souci de créer une dynamique pour les démarches handicap. Ce tableau nous permet d'identifier des enjeux temporels pour les responsables Ressources Humaines :

- "être à l'initiative", donc au départ,
- "énoncer spontanément", donc être réactif, répondre immédiatement.

- Les termes "politique" et " démarche plus globale" font penser à une démarche de long terme.

Grâce à ce tableau, nous notons également les écueils identifiés, sous l'onglet "non-sens" par les responsables Ressources Humaines pour conduire les démarches handicap. Le premier est de créer *a priori* des postes dit *« allégés »* à l'intention exclusive des personnes en situation de handicap ; cela risque en effet, de marginaliser ces personnes, entretenir des stéréotypes sur la représentation du handicap mais aussi dévaloriser certains postes au sein de la structure. Le second non-sens identifié serait de centrer sur la pathologie. Étant donné que l'aménagement est lié à un besoin, et non à une pathologie déterminée qui risquerait d'être stigmatisée, s'immiscer dans le secret médical des personnes en situation de handicap au prétexte qu'elles sollicitent des aménagements est un non-sens pour les ressources humaines.

Tableau 3: Sens et non sens des démarches handicap, pour les Responsables RH
(Barel et Frémeaux, 2010)

Points d'entrée du sens	Sens	Non sens
Autonomie	Être à l'initiative du projet. Créer une dynamique.	Se confronter à la résistance des managers intermédiaires.
Relation aux autres	Connaître individuellement les personnes en situation de handicap. Énoncer spontanément les engagements de l'entreprise et donner des informations précises.	Se contenter d'une analyse superficielle des CV ou d'une habileté à communiquer.
Souci des personnes	Inscrire une politique d'aménagements de poste et des conditions de travail dans une démarche plus globale d'adaptation aux besoins individuels de tous.	Créer *a priori* des postes allégés. Subordonner des mesures de compensation à une connaissance précise de la pathologie. Organiser des mises en scènes qui peuvent mettre mal à l'aise les personnes directement concernées.

Ainsi, pour donner sens à leur travail, les RRH doivent sentir que les démarches mises en œuvre sont bénéfiques aux personnes en situations de handicap (Barel et Frémeaux , 2010).

5. Les approches du handicap en entreprise

Pour répondre à cette nécessité d'impulser des démarches efficaces pour les salariés en situation de handicap, plusieurs approches ont émergé. Depuis 1975, deux approches se sont succédé pour promouvoir et développer des formes d'égalité au travail : une approche par l'égalité des chances puis celle par la gestion de la diversité. Fortes de ces expériences,

Gagnon et Cornelius, chercheuses en Ressources Humaines, en 2000 proposent une approche par les capacités (ou capabilités) : "the capabilities approach", à partir des travaux de Sen et Nussbaum. Cette approche a déjà été évoquée dans le chapitre 1.

5.1. Une approche par l'égalité des chances, une approche réactive

Dans sa forme traditionnelle, l'approche par l'égalité des chances (présentée par Gagnon et Cornelius, 2000) peut être décrite comme fondée sur les droits, libérale, enracinée dans le respect des lois, sur la base de l'égalité par «identité» et avec des fondements portant sur la non-discrimination. Cette approche est orientée vers l'augmentation de la proportion de femmes et d'autres catégories sous-représentées dans des postes de direction dans les organisations. A terme, cette approche peut mettre en œuvre des mesures positives plutôt "radicales" destinées à rattraper la discrimination antérieure. Mais ce n'est pas systématique et dépend de l'avancement de l'entreprise dans cette démarche. En effet, certaines entreprises, toujours animées par des préjugés et des stéréotypes (moindre performance, augmentation des absences, communication entravée par le handicap), préfèrent même payer des pénalités financières, des contributions à l'AGEFIPH, faute d'atteindre le seuil de 6 % et ne pas embaucher de personnes handicapées.

Cette approche dite réactive (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010) traduit une vision du handicap plutôt comme une contrainte, une volonté de répondre uniquement aux obligations légales. Dans ce cas, la question du poste occupé ou des compétences apportées devient secondaire. Une fois en poste, cela peut conduire à des situations organisationnelles et humaines dégradées : des perspectives d'évolution de carrière amoindries, une intégration difficile…il n'y a donc pas, ou guère de politique structurée autour de l'intégration et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

5.2. La gestion de la diversité, approche proactive

A l'inverse de l'approche réactive, certaines entreprises plutôt pionnières se lancent dans une approche proactive, la gestion de la diversité, fondées sur des politiques volontaristes d'intégration et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Ce nouveau positionnement des entreprises induit par des démarches dites « Responsabilité Sociale des Entreprises » (RSE), favorise le développement de politiques visant à promouvoir l'embauche des personnes handicapées (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010).

La gestion de la diversité se produit grâce à l'initiative de l'organisation, se concentre sur la valorisation de la différence («l'égalité dans la différence»), en plus de la non-discrimination. Elle se préoccupe ensemble des groupes dits sous-représentés, se soucie du respect de la diversité au niveau individuel, et utilise des arguments commerciaux, "d'affaires" dans sa logique (Gagnon et Cornelius, 2000). La gestion de la diversité met l'accent sur la reconnaissance et la valorisation des différences individuelles. Elle considère chaque individu comme une valeur ajoutée pour la performance de l'entreprise, afin de faire évoluer les mentalités et de changer les pratiques. Le management de la diversité se justifie aussi par

l'intérêt de disposer d'une main-d'œuvre variée : un accès à un bassin de candidats plus important, des salariés à l'image de la diversité des clients et la possibilité d'accroître l'innovation et de susciter la créativité (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010).

Ce type d'approche représente, pour l'entreprise, une réelle capacité à remettre en question ses propres process, pouvant être en place depuis plusieurs années. Cette remise en question des process nécessite néanmoins du temps, de l'investissement et ne peut se faire du jour au lendemain. Pour assurer l'intégration durable des personnes en situation de handicap dans l'entreprise, la pérennité des actions mises en œuvre par l'entreprise dans cette optique nécessite "leur intégration dans les processus ordinaires de fonctionnement de l'organisation" (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010) mais aussi une adaptation des procédures en interne quant aux politiques RH (Naschberger, 2008). L'absence d'expériences antérieures est souvent à l'origine d'un investissement plus fort sur ces premières actions : les acteurs externes/internes ne sont pas toujours coordonnés, les aides mobilisables sont peu connues, etc… (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010).

Dans cette gestion de la diversité, plusieurs logiques d'action peuvent être citées (inspirées par une publication de l'IMS[19], 2004, cité par Naschberger, 2008) :

- Prendre en compte la législation anti-discrimination
- Renforcer l'image positive pour attirer de nouveaux talents et également fidéliser et faire évoluer les salariés
- Faire preuve d'un engagement socialement responsable pour mieux répondre aux attentes de salariés
- Optimiser la gestion des ressources humaines pour fidéliser les salariés, augmenter la cohésion sociale de l'entreprise, pour faire décroître l'absentéisme…
- Accroître la performance économique de l'entreprise en développant la capacité d'innovation et d'adaptabilité, en essayant de mieux comprendre les attentes de ses différents clients…

Et pour mettre en œuvre toutes ces logiques d'action, Naschberger (2008) propose de le faire par un projet d'entreprise impliquant les plus hauts niveaux décisionnels de l'entreprise avec plusieurs phases :

- Une étape de réflexion avec la création d'une culture ouverte à cette notion de diversité, avec l'ensemble des parties prenantes
- Une étape de diagnostic interne en entreprise, examinant par un constat global partagé les intérêts économiques (avec l'utilisation des compétences des salariés handicapés, l'évitement des contributions en cas de non emploi de personnes handicapées) et sociaux (en favorisant la mobilisation des salariés et le dialogue social)

[19] Institut du Mécénat de Solidarité

- La conception d'un projet "diversité en entreprise" avec un plan d'action précis et un maximum d'acteurs internes et de ressources externes (incluant, sur les préconisations de Naschberger (2008) l'action d'un ergonome), favorisant implicitement la cohésion sociale dans l'entreprise
- Un temps de l'information et de communication, des actions de sensibilisation et de formation des acteurs.
- Le déploiement du projet, le suivi du projet, des rebouclages et un bilan

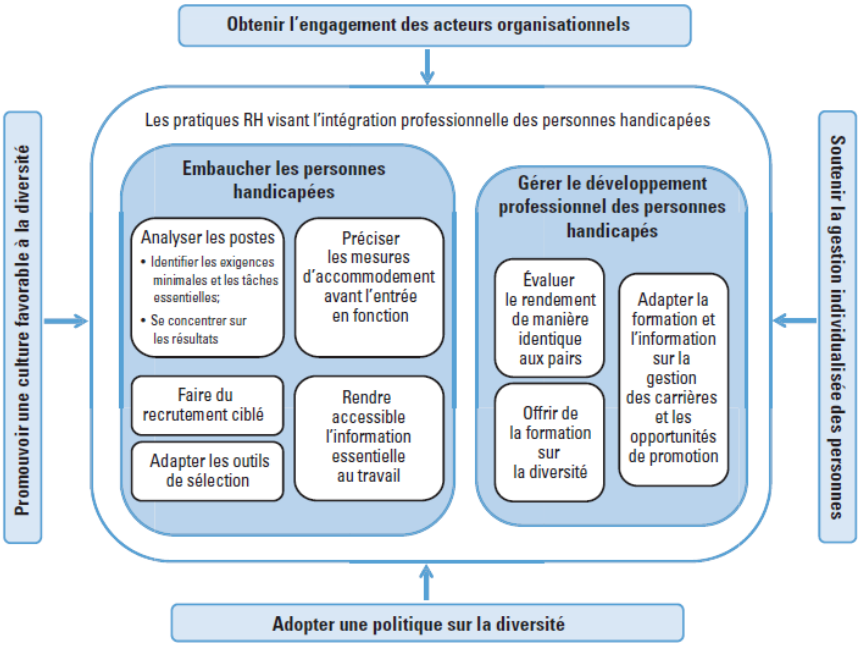
Deux types de démarches pour la gestion de la diversité (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010), menées principalement par les Ressources Humaines des entreprises se distinguent :

- Les actions ponctuelles d'intégration « sur mesure », rappelant la politique d'action de l'AGEFIPH depuis 2012 - 2013. Cela implique la mobilisation de nombreux acteurs de l'entreprise. En complément d'une culture d'entreprise ouverte à la problématique du handicap, plusieurs aspects sont examinés, retravaillés : revoir le poste de travail (avec modification de l'équipement de l'entreprise ou du temps de travail) ; repenser les systèmes de recrutement et de sélection, renouveler les politiques de formations, redéfinir le système de management de la performance.
- L'intégration durable des personnes handicapées avec un questionnement portant sur les modes de management, les processus de recrutement, de maintien dans l'emploi et de gestion des carrières, afin d'éviter tout risque de discrimination.

Une étude canadienne (Pozzebon et Champagne, 2009) auprès de 11 grandes entreprises nous permet d'illustrer les pratiques de gestion des ressources humaines visant l'embauche des salariés en situation de handicap (partie gauche du schéma) et de celles portant sur la gestion de leur développement professionnel (partie droite).

Figure 16 : Comment favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées au sein des organisations ?

(Extrait de Pozzebon et Champagne, 2009)



Les auteurs vont plus loin dans leurs approches RH à destination des personnes en situation de handicap, ils ne font pas que spécifier des pratiques GRH nécessaires mais indiquent 4 items de l'ordre de l'engagement, de la gestion, de la culture et de la politique (dans les encarts bleus du schéma ci-dessus). Ceux-ci sont intitulés comme des facteurs clés ou des conditions de réussite, s'orientant vers une culture mais aussi une politique de la diversité (pour assurer un traitement équitable, avec une égalité des chances), l'obtention de l'engagement des acteurs (en particulier le responsable direct, considéré comme l'acteur organisationnel le plus influent dans l'intégration des travailleurs handicapées et dans la gestion quotidienne (Naschberger, 2008)) et le soutien d'une gestion individualisée des personnes, avec un souci de flexibilité et de démarches "sur-mesure".
Associée à cette gestion de la diversité par projet, conduite avec de multiples précautions, (souci d'implication des différents acteurs, instances décisionnelles dans la boucle, communication active et réfléchie), les pratiques RH se développent par l'objectivation des procédures de recrutement, un processus de recrutement révisé et bien formalisé, un "sourcing[20] diversifié", un suivi du développement de la personne pour maintenir son employabilité grâce à un système de tutorat en période d'intégration et des actions de formation, une veille en ce qui concerne la gestion de la carrière, une éventuelle révision des outils d'évaluation comme l'entretien annuel d'appréciation, etc. (Naschberger, 2008)
Cette démarche n'oublie pas l'organisation matérielle adaptée à l'intégration et évoque l'appui de l'ergonomie à cette occasion, avec la possibilité d'élargir la démarche de l'amélioration des conditions de travail à l'ensemble des salariés de l'entreprise.

5.3. L'approche par les capacités visant l'égalité dans le milieu de travail.

Gagnon et Cornelius (2000) proposent une autre approche pour intégrer la diversité dans le milieu professionnel, à partir des travaux d'Amartya Sen et de Martha Nussbaum : l'approche par les capacités, visant l'égalité dans le milieu de travail. Plusieurs maîtres mots sont associés à cette démarche : liberté, capacité, équité, égalité.

La base de cette réflexion est que les capacités doivent permettre le plein exercice des libertés. Sen (1999) soutient que les libertés doivent être considérées à la fois en termes de processus qui permettent la liberté d'actions et de décisions, et de possibilités réelles que les gens ont, compte tenu de leurs circonstances personnelles et sociales. Les libertés sont considérées par Sen au travers de ces deux conceptions mais aussi comme des moyens de développement. Pour les déterminer, les libertés doivent être soumises à une évaluation

[20] Le sourcing est un terme anglais qui s'est glissé dans la langue française et qui désigne littéralement la recherche de source. En pratique, ce terme est utilisé dans les achats, les ressources humaines ou les services informatiques pour sélectionner des fournisseurs ou des candidats. En gestion des ressources humaines, ce processus a pour objectif d'identifier des candidats correspondant aux profils recherchés par le client. Cette identification se fait à la fois à une échelle interne (bases de données internes, annuaire des écoles…) et externe (web, candidathèques…). L'étape de sourcing s'opère en amont d'une opération de recrutement. (www.petite-entreprise.net)

systématique. Pour être capable de mesurer la sortie du processus, l'action et la nature des possibilités, Sen (1999) a spécifié des libertés dites "instrumentales" de 5 types (cités par Gagnon et Cornelius (2000), avec des exemples dans le contexte professionnel) :

- Les libertés politiques avec par exemple, la possibilité d'associations, via des syndicats
- les facilités économiques, par un salaire calculé au plus juste et équitable
- les opportunités sociales avec l'accès à la formation, le développement professionnel, les possibilités d'évolutions
- Les garanties de transparence avec la liberté d'être traité comme un autre
- La sécurité de protection, avec des chances de vie équitables, sans risque de marginalisation. Intervient alors la responsabilité sociale de l'employeur.

En effet, par cette approche, la liberté doit être suffisante pour faire ce que l'on veut faire et être ce que l'on veut être, donc disposer de choix réels.

Mais l'intitulé de cette approche comporte bien le terme "capacités". Ainsi le principe de cette approche peut se résumer avec cette question : "Qu'est-ce qu'une personne est réellement en mesure de faire et d'être ?". Les méthodes associées à cette approche, visent la création d'un climat politique et social pour permettre la pleine utilisation du potentiel du salarié concerné avec l'ensemble de ses capacités. Aussi, le développement du potentiel est important, mais la création de l'environnement dans lequel ce potentiel peut être utilisé librement l'est tout autant. Cet environnement doit permettre à tous les membres d'avoir la possibilité de façonner pleinement les règles officielles et non officielles du jeu, avec des possibilités d'actions maximales. Impliquant ainsi les responsabilités organisationnelles des entreprises. Aussi cette approche doit créer un environnement dit "capacitant", en prenant la problématique dans son ensemble.

Cette approche doit éviter à tout prix l'expression d'un sentiment d'inégalité pour les personnes concernées. Les frustrations issues de l'absence de l'égalité réelle et du manque de réelles opportunités pour les salariés, sont au cœur de l'élaboration d'une compréhension complète des sources d'inégalité. Ainsi, par exemple, la possibilité d'accéder à une promotion professionnelle est compromise si la méthode de promotion est largement cachée et opaque aux salariés traditionnellement défavorisés, étant donné que les garanties de transparence sont ainsi violées.

Les capacités ou capabilités, les libertés et les principes de citoyenneté sont les pré-requis de l'approche par les capabilités, de Sen. Celles-ci doivent être combinées avec les perceptions des salariés, pour une réelle intégration.

Cette approche poursuit la réflexion portant sur le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap. Le handicap passe alors au second plan, les capacités prennent le devant, en associant les principes des deux précédentes approches : l'égalité et la diversité. Elle permet également de remettre l'accent sur l'importance des caractéristiques de

l'environnement dans ces situations. Aussi, n'est-ce pas l'approche qui permet la plus grande ouverture de l'entreprise aux personnes en situation de handicap et où l'ergonome peut s'inscrire par ses actions et ses démarches ?

6. Des opportunités d'actions durables pour l'entreprise vis-à vis du maintien dans l'emploi

Au-delà des ces approches, l'entreprise en tant qu'organisation avec sa (ses) politique(s), ses stratégies peut utiliser plusieurs entrées pour favoriser le maintien dans l'emploi et agir sur lui.

6.1. La responsabilité sociale ou sociétale

Depuis une vingtaine d'années, la notion de la Responsabilité sociale de l'entreprise (RSE), visant la responsabilité de l'entreprise à l'égard de la Société dans son ensemble, est devenue incontournable dans l'élaboration des stratégies d'entreprise. Elle est une préoccupation aussi bien pour les ressources humaines que pour les directions d'entreprises. Ainsi, les entreprises d'aujourd'hui sont amenées à prendre en compte les impacts sociaux et sociétaux dans leurs pratiques de gestion des ressources humaines. Même si les entreprises ayant intégré la gestion des ressources humaines dans la stratégie RSE étaient rares en 2007, déjà, pour celles-ci émergeaient significativement des retombées et des performances économiques (Naschberger, 2008).

Les pratiques sont qualifiées de "socialement responsables" quand elles sont définies et mises en œuvre de manière à maintenir ou améliorer l'employabilité des salariés et quand elles visent une meilleure équité (Coulon, 2006). En l'occurrence, l'intégration de personnes handicapées ou plus largement du handicap permet aussi de faire valoir sa responsabilité sociale (sociétale) (Pozzebon et Champagne, 2009). Coulon (2006) démontre cependant, dans son étude questionnant les pratiques RH relevant de la RSE, que si les entreprises s'acquittent assez bien de leurs obligations en termes de recrutement de personnes handicapées, leurs efforts pour faciliter l'intégration de ces personnes (une fois en poste) restent minces.

La RSE et les actions associées pour le handicap permettent aussi d'améliorer l'image de marque ou développer ses avantages concurrentiels. Il s'agit alors de créer ou de maintenir l'image d'un employeur responsable et en complément de décliner de véritables arguments sur l'impact d'une bonne gestion du handicap pour l'entreprise. (Point, Charles-Fontaine et Berthelémé, 2010).

Ainsi le rapport de la Responsabilité Sociale de l'Entreprise aux personnes en situation de handicap laisse suggérer (du moins supposer) "un cadre de management adapté aux capacités individuelles, en tenant compte des particularités de tous ses salariés" (Kerroumi, 2007).

6.2. L'employabilité

Nous pouvons rapprocher le maintien dans l'emploi du concept d'employabilité, initialement conçu pour les personnes en recherche d'emploi, en le définissant par la capacité d'un individu à retrouver un emploi (Dietrich, 2010). Ce concept devient au cours de son usage, une capacité à se maintenir en activité, la capacité à mener une carrière autonome, le signe d'une aptitude à l'emploi. En définissant l'employabilité comme telle, cela met l'accent sur la nécessaire maintenance des connaissances et des compétences, interrogeant leur "durabilité", voire leur transférabilité vers un autre emploi. Au début des années 90, ce terme d'employabilité intègre le vocabulaire de l'entreprise pour devenir un "concept de gestion interne des Ressources Humaines" (Thierry, 1995). Dans le cadre des responsabilités de l'entreprise, cette dernière doit aider les salariés à se préparer à la mobilité et à maintenir leur niveau d'employabilité. N'en est-il pas de même pour le salarié qui doit être reclassé du fait de son état de santé incompatible avec l'activité de confiée au préalable ? C'est aussi une espèce de responsabilisation du salarié vis-à-vis de son parcours qui est visée. Nous n'utilisons pas le terme d'employabilité dans son sens le plus commun, en lien avec la perte d'emploi, au risque de délaisser la sécurité de l'emploi, mais plutôt vis-à-vis de la mobilité dans l'entreprise (même si le licenciement peut conduire à une telle situation). Nous considérons que l'employabilité n'est pas seulement une propriété des personnes mais implique également les caractéristiques de leurs postes de travail.

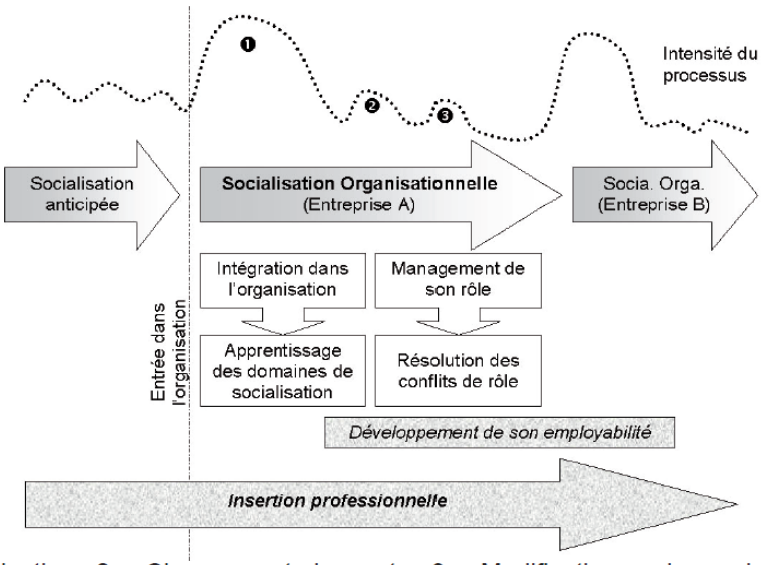
Il s'avère que la "RSE plaide en faveur d'un devoir d'employabilité de la part de l'entreprise envers ses salariés". Lancry-Hoestlandt, Akiki et Houillon (2004) rappellent que la dégradation de l'employabilité renvoie à la difficulté d'un nombre croissant de salariés à suivre le rythme des évolutions.

6.3. La socialisation organisationnelle

La socialisation organisationnelle, proposé par Lacaze (2007) apparait comme un autre concept susceptible d'intéresser les recherches portant sur le maintien dans l'emploi avec une portée longitudinale : elle consiste en un processus double, de transmission et d'acquisition entre les membres expérimentés de l'organisation et les nouvelles recrues. Mais être une nouvelle recrue, n'est-ce pas être un nouvel embauché, mais aussi un salarié changeant de poste, exerçant une nouvelle fonction, non prévue initialement mais nécessaire du fait de son état de santé et des caractéristiques de son poste précédemment occupé ? En effet, la socialisation organisationnelle intervient tout au long de la carrière d'un salarié : lorsque de nouveaux besoins apparaissent lors d'un changement d'organisation mais également lors d'un changement de poste. Ainsi la socialisation organisationnelle peut avoir lieu dans ces épisodes où le maintien dans l'emploi est en jeu.

Figure 17 : Étapes de la socialisation organisationnelle

(Extrait de Lacaze, 2007)



1. Œ : Changement d'organisation. 2 : Changement de poste. 3 : Modification majeure dans l'organisation.

La socialisation organisationnelle se compose de trois étapes majeures :

- La socialisation anticipée : Cette étape intervient avant l'entrée dans l'organisation, par la mise en circulation de valeurs professionnelles envers l'individu, valeurs influencées par sa formation initiale, par la communication de l'organisation et par le processus de recrutement
- L'intégration : au travers des premiers temps passés dans l'organisation, cette étape est consacrée à l'apprentissage des différentes dimensions de la socialisation et permet au salarié de s'installer dans son rôle.
- Le management de son rôle : "la personne cherche à résoudre les conflits de rôle inhérents à sa position dans l'organisation ainsi que les éventuels conflits de rôle entre sa vie professionnelle et sa vie privée."

La socialisation organisationnelle "permet" de devenir un membre efficace dans une organisation. De plus, la cohésion sociale et la pérennité de l'organisation dépendent de la transmission de la culture et des savoir-faire intervenant au cours de la socialisation des nouveaux salariés.

Ainsi, la socialisation organisationnelle offre un cadre théorique pour la compréhension et l'identification d'actions managériales facilitant l'intégration des nouveaux salariés mais aussi le maintien dans l'emploi, avec notamment les reclassements.

7. La santé vue par les gestionnaires

Ont été évoqués dans chapitre et les chapitres antérieurs, des approches, des perspectives pour "gérer" spécifiquement le handicap. Mais pour être efficace, l'entreprise ne peut

découper son action entre plusieurs dossiers, malgré le millefeuille législatif auquel elle est confrontée (Daniellou, 2012) : les préventions des risques professionnels, de la pénibilité, des accidents du travail des risques psychosociaux, la prise en compte du handicap, des pathologies professionnelles. Pour englober tous ces champs, parlons plutôt de la "santé au travail". De Geuser et Guérette (2007) mettent en évidence un lien nécessaire entre santé de l'entreprise et santé des salariés.

La gestion doit articuler trois dimensions : coût (ressources), process et résultats. Il s'agit donc de trouver et piloter des process qui consomment des coûts pour atteindre les résultats. Or, selon De Geuser et Guérette (2007), la santé est un coût mal évalué, issu d'un process peu compris avec un résultat mal représenté :

- Un coût sous évalué

La santé se retrouve être un "investissement plombé par sa comptabilisation" ; investir pour elle en améliorant les conditions de travail est systématiquement pensé comme une charge et non comme un investissement. Seuls les effets visibles d'un "défaut de santé" sont comptabilisés avec le coût de l'absentéisme, les ruptures de flux… n'apparaissent pas les effets cachés ou non reconnus, quand la santé est peu appréhendée par l'entreprise, tels la perte de motivation, d'engagement, de qualité…

- Un processus difficile à gérer

Les gestionnaires ont du mal à cerner qu'ils peuvent avoir un impact sur la santé des salariés, notamment au travers de leurs décisions. En effet, ces décisions peuvent jouer sur l'émergence de pathologies, notamment les pathologies professionnelles comme les troubles musculo-squelettiques. La santé pose, à ce moment, le problème de multiples causalités à ces gestionnaires. Mais ce problème se double de celui de la temporalité des questions de santé. La dégradation de celle-ci se joue dans un horizon temporel qui dépasse bien souvent celui des décisions d'un manager, lequel se limite souvent à cinq ans. De ce fait, la visibilité du lien entre une action et son résultat, et par conséquent la compréhension et le pilotage de ce lien deviennent alors "bien flous" pour ces managers. Fonctionnant à partir d'indicateurs et des tableaux de bord, les managers ont des difficultés pour typologiser les signes de santé. Il est difficile pour eux de cerner le supportable, l'acceptable.

- Un résultat plutôt faible pour l'entreprise

Enfin la santé est considérée comme contribuant peu aux résultats de l'entreprise. L'impossibilité de rapprocher santé et création de valeur amène certains managers à ne penser la santé que comme un produit de luxe, une activité sans valeur ajoutée. Ainsi à partir de cela on peut comprendre pourquoi la santé semble exclue du management, même si elle interroge les deux registres légal et moral. Cela fait émerger un paradoxe entre l'impossibilité perçue d'agir réellement et l'impératif moral et légal de le faire.

Face à cela, les managers peuvent utiliser deux modes de défense : le cosmétisme (faire semblant d'agir par des outils limités) et le cynisme (s'interdire d'essayer de trouver des moyens de faire face, considérant la dégradation de l'état de santé comme une fatalité).

Du fait de la souffrance des managers, la santé peut être un sujet évacué des priorités de gestion. Les entreprises ont donc tendance à externaliser les problématiques de santé à des "experts" tels que des médecins du travail, des psychologues du travail ou des ergonomes. Il s'avère que pour les gestionnaires, mais aussi pour les experts de la santé au travail, des pré-requis sont nécessaires. Pour permettre "une coopération nécessaire afin de piloter la santé" par ces deux types d'acteurs, selon les auteurs, une culture de la santé et des conditions travail doit être inculquée aux managers, y compris pendant leurs études ; et pour les professionnels de santé, ils doivent acquérir un bagage minimal pour comprendre les impératifs financiers, les stratégies des organisations, des éléments de comptabilité et de compréhension financière. Ainsi la santé deviendra "un impératif gérable seulement si le management et les professionnels de la santé développent un mode de coopération commun" (De Geuser et Guenette, 2007).

8. Conclusion

Les tentatives, les initiatives, les approches, les essais des entreprises visant le maintien dans l'emploi laissent des ouvertures aux ergonomes pour agir. Le maintien dans l'emploi au sein des entreprises est lié à différents facteurs : la représentation du handicap véhiculé, les dispositifs juridiques, réglementaires mais aussi les convictions, des volontés d'acteurs plus ou moins déterminants et stratégiques dans l'entreprise. Il en résulte la nécessité, pour l'ergonome consultant, sollicité pour le maintien dans l'emploi d'un salarié, de s'inscrire dans l'histoire de l'entreprise, l'histoire du handicap dans cette entreprise mais aussi dans les implications financières et gestionnaires de la dite entreprise.

Chapitre 5 - Les spécificités du travailleur malade

1. La maladie chronique et ses effets

1.1. Comment définir la maladie chronique ?

Définir une maladie chronique évolutive reste source d'interrogations. En effet, l'effectif mondial concerné varie 8 à 28 millions de personnes atteintes, suivant l'acception adoptée. Les maladies chroniques se répartissent en différents groupes : cardio-vasculaires, métaboliques et nutritionnelles, rhumatologiques, neurologiques, pulmonaires ou d'ordre digestif.

Toute maladie chronique peut être caractérisée par un ensemble de particularités incluant : ses causes, sa sévérité ou sa gravité, sa durée d'évolution ou son ancienneté, notamment sa possibilité de guérison, de rémission, de rechute ou d'évolution par poussées, et enfin ses conséquences, en particulier sur le fonctionnement de l'individu (Agrinier et Rat, 2010). Et selon l'OMS, une maladie chronique est une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois.

En soi, la maladie chronique (Assal, 1997) est souvent non guérissable, silencieuse en dehors des crises avec une évolution incertaine. Le traitement associé est important pour la survie et/ou le confort quotidien avec des effets variables nécessitant une discipline quotidienne. Il nécessite souvent de former le malade pour en assurer la gestion ; en complément de la discipline quotidienne obligatoire, il interfère souvent avec la vie sociale. La maladie chronique implique que le médecin prescrive un traitement mais doive aussi former son patient en partageant son pouvoir médical. Il en découle une évolution des stratégies de traitement et de prises en charge de ce type de malade. En synthèse de ces définitions, la maladie chronique est donc conditionnée à la fois par son traitement, ses symptômes mais aussi son évolutivité. Pour comprendre l'état d'un salarié atteint de maladie(s) chronique(s) évolutive(s), plusieurs combinaisons sont possibles :

-un traitement simple peut rendre les symptômes tolérables dans un état stable, il s'agit du meilleur des cas.

-malgré un traitement simple, les symptômes peuvent être gênants dans un état stable.

-le traitement peut en lui-même être source de gêne, mais rend les symptômes tolérables dans un état stable.

- quel que soit le traitement, les symptômes peuvent persister sous formes gênantes dans un état stable,

- ces mêmes combinaisons peuvent se retrouver avec un état évolutif de l'affection qui peut entraîner des contraintes thérapeutiques croissantes et des symptômes s'aggravant.

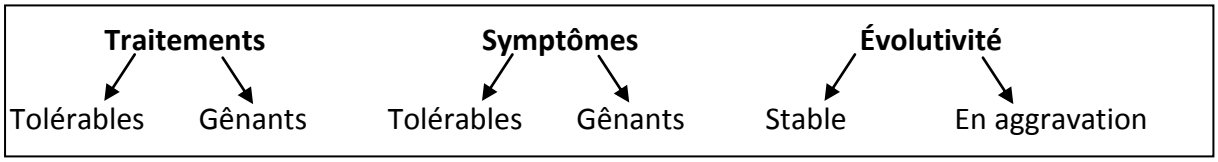


Figure 18: Schéma illustrant les combinaisons possibles pour la situation d'un malade chronique

Selon Agrinier et Rat (2010), la connaissance de la cause d'une maladie ne suffit pas pour apprécier son retentissement. L'approche par pathologie ne permet pas de prendre en compte l'individu dans sa globalité. Aussi, cette partie s'orientera sur les effets de la maladie, les conséquences psychologiques, sociales, économiques et surtout professionnelles.

1.2. Les effets notables et communs à l'ensemble des maladies chroniques

Il s'agit d'examiner plusieurs effets notables et communs à l'ensemble des maladies chroniques, évolutives, d'ordres physique, psychologique et social pouvant impacter le maintien dans l'emploi des personnes atteintes : la fatigue, le retentissement psychique et les douleurs ainsi que les risques d'exclusion sociale et de désinsertion professionnelle.

1.2.1. La fatigue

De multiples définitions de la fatigue ont pu être proposées en lien avec les maladies chroniques. Celle-ci peut se définir cliniquement comme une sensation de manque d'énergie ne résultant pas exclusivement d'un effort (Maquet, Demoulin et Crielaard, 2006). La fatigue est une sensation subjective et durable de faiblesse, de manque d'énergie, de lassitude générale ou d'épuisement. "Subjective" implique que la fatigue est un état ressenti par le patient, qui ne peut être évalué que par son appréciation personnelle (Mayoux-Benhamou, 2006). Pour Casillas et al. (2006), la fatigue peut se définir comme une sensation désagréable d'incapacité à effectuer des efforts physiques ou intellectuels (fatigue physique, fatigue psychique), survenant prématurément au cours de l'activité et se traduisant par une altération des performances habituelles et de la qualité de vie. Et pour Missaoui et Revel (2006), la fatigue peut être caractérisée comme une sensation subjective persistante de lassitude ou d'épuisement généralisé. Il existe en effet probablement de nombreuses formes individuelles et une variabilité dans la présentation de la sensation de fatigue avec surtout différents niveaux d'intensité.

La fatigue est un symptôme couramment rapporté par les malades chroniques. Voici des ratios pour quelques maladies chroniques :

Maladie	Fatigue	Sources
Polyarthrite rhumatoïde	Prévalence 80% Fatigue élevée 42%	Mayoux-Benhamou (2006)
Spondylarthrite ankylosante	Fatigue majeure 51 %	Missaoui et Revel (2006)
Sclérose en plaques	Prévalence 70 à 90%	Béthoux (2006)
Cancer	Prévalence 80 à 90 %	Rosman (2004)
Accident vasculaire cérébral	Prévalence 39 à 72 %	Colle et al. (2006)

Tableau 4: Fatigue et maladies chroniques.

Au-delà des mesures de prévalence, d'autres études ont tenté de préciser l'aspect qualitatif de la fatigue dans les pathologies chroniques évolutives. Ainsi pour Rosman (2004) si "pour les patients, la fatigue est exprimée en termes de souffrance physique, affective et cognitive

tandis que pour les bien portants le symptôme est une conséquence "normale" de l'effort physique et nécessaire pour alerter le corps du besoin de repos." Cette même étude montre qu'il existe dans la population des cancéreux, trois manières différentes de vivre la fatigue et de l'interpréter :

- **la fatigue "positivée"** lorsqu'elle est associée à l'espoir de guérison, puisqu'à l'origine de la détection de la maladie. Ainsi appréhendée, cette perception de la fatigue permet de développer une stratégie de vigilance permettant d'identifier au moment opportun les éventuelles modifications de leur corps (notamment par rapport au risque de récidive).
- **La fatigue "normalisée"** lorsqu'elle est interprétée comme un effet secondaire "logique", "inévitable" et "normal" du traitement thérapeutique.
- **La fatigue vécue comme une "immersion"** lorsque toute la souffrance autour du cancer est exprimée à travers la fatigue.

Au vu des définitions précédemment exposées, on observe que la fatigue garde un aspect très subjectif. C'est peut-être cela qui a amené les professionnels de la santé à porter peu d'attention à cette fatigue durant ces dernières années, et pas davantage à son caractère multidimensionnel et à son retentissement sur la qualité de vie des patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde par exemple. Contrairement à la douleur ou à l'incapacité fonctionnelle, la fatigue est rarement considérée comme une cible thérapeutique en soi ou comme critère majeur dans les essais cliniques. (Felson et al., 1993 cité par Mayoux-Benhamou, 2006).

La fatigue a habituellement deux dimensions : la fatigue physique qui correspond à la perte d'efficience de l'effecteur musculaire dont l'origine peut être très diverse, et la fatigue psychique qui correspond le plus souvent à une sensation de perte d'élan, de lassitude ; le qualitatif d'asthénie étant souvent utilisé. La tendance dépressive est souvent dominante. Cette notation de Casillas (2006) ouvre sur un autre champ symptomatique dans les maladies chroniques évolutives, celui de la dépression, du retentissement psychique.

1.2.2. Le retentissement psychique de la maladie chronique

Pour étudier le stress lié au fait d'être malade chronique, Heijmans et al. (2004) s'attachent à préciser dans 10 affections différentes (ischémie myocardique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme, polyarthrite rhumatoïde, ostéo-arthrite, cancer, diabète sucré, affections neurologiques progressives, migraines, maladies gastro-intestinales) l'importance de :

- trois facteurs de stress liés à l'évolution de la maladie : son caractère effrayant pour la survie, une détérioration progressive et son caractère intermittent,
- deux facteurs de stress liés à la capacité de contrôler la maladie : maladies contrôlables par des soins médicaux et maladies contrôlables par des soins personnels,

- douleurs,
- changements corporels visibles,
- fatigue,
- trois facteurs de stress lié à des déficiences : physique, sociale et mentale.

L'échantillon de patients a pu être subdivisé en 4 groupes :
- capacité de contrôle élevée/ faible déficience 35%
- faible contrôle/ faible déficience 20%
- contrôle modéré/ déficience modérée 29%
- faible contrôle/ déficience élevée 16%.

Les facteurs de stress les plus discriminants sont la perception de la maladie comme étant contrôlable par des soins médicaux ou personnels, le caractère douloureux de l'affection et les conséquences physiques perçues. Les affections chroniques étudiées ont plusieurs facteurs de stress généraux en commun, et s'il existe des différences dans le degré et le type des facteurs de stress, ces différences ne peuvent pas être explicitées exclusivement par le type de maladie. Les caractéristiques personnelles telles que le sexe, l'âge, la situation de vie et le niveau d'éducation sont apparus comme étant aussi importants.

Il est important de distinguer dépression et détresse émotionnelle qui peut ne pas entrer dans le cadre psychopathologique. Les patients qui souffrent de douleurs chroniques peuvent être sujets à différents degrés de détresse du fait de la douleur et de ses percussions dans la vie quotidienne sans pourtant faire état de sentiments d'auto-dénigrement et de perte de l'estime de soi (qui participent caractéristiquement de la dépression) (Morley et al., 2009). Cette distinction est reprise par Rentsch et al. (2009), qui rappellent que douleurs chroniques et dépression forment deux entités distinctes. La douleur ne peut être considérée comme un simple symptôme de dépression et inversement la dépression n'est pas systématiquement associée aux douleurs chroniques, fréquemment accompagnées de troubles anxieux ou de personnalité. Cependant quand c'est le cas, l'épisode dépressif peut impliquer un effet délétère sur les limitations fonctionnelles et l'absentéisme au travail, des modifications cognitives et affectives qui peuvent conduire à une interprétation particulièrement négative, voire alarmiste des sensations corporelles.

Pour citer un exemple, pour les malades atteints polyarthrite rhumatoïde, le diagnostic de dépression a été porté chez 66,2 % des patients de l'étude et celui d'anxiété chez 70 % d'entre eux. (El-Miedany, El Rasheed et Ostuni, 2002).

1.2.3. Les troubles directement inhérents à la maladie chronique et liés aux effets secondaires des traitements

La douleur est le fait quotidien du malade chronique, ainsi que la gestion de celle-ci. Dans leur étude, Baradat, Buisson-Vallès, Dalm, Martin, Mercuriali et Pionnier (2008) relèvent pour 4 maladies chroniques évolutives (scléroses en plaque, cancer, hépatites virales, VIH/sida) des troubles en lien direct avec la maladie (moteurs, cognitifs, sensitifs), des

douleurs, des états de fatigue, et des effets secondaires en lien avec les traitements au niveau moteur, cognitif, sensitif mais aussi des troubles digestifs, dermatologiques…
Les implications psychologiques de la douleur chronique telles qu'explicitées précédemment (anxiété, détresse et dépression) peuvent influencer les activités et les investissements du sujet, dans les sphères privée, sociale et professionnelle. De plus, l'intensité de la douleur constitue un important prédicteur de la persistance des symptômes et du handicap (Cedraschi et al., 2009).

L'étude de Morley et al. (2002), visant à préciser l'utilité de l'échelle de Dépression de Beck chez les douloureux chroniques, montre que par comparaison avec un échantillon de malades mentaux non algiques, les douloureux chroniques présentent moins d'autodépréciation, de mésestime de soi et de sentiment de punition mais davantage d'insomnies, de fatigabilité et des difficultés au travail.

1.2.4. Risques d'exclusion sociale et de désinsertion professionnelle

Dès 1986, Baszanger évoque une situation sociale encore mal définie pour tous les acteurs de la maladie chronique. Elle explique l'existence d'une construction sociale négociée de la maladie chronique dont le malade est un acteur indispensable, et cette réalité impose une réorganisation d'un certain nombre de rapports sociaux dans des sphères différentes : médicale, professionnelle, familiale… Il s'agit d'établir un ordre négocié entre ces mondes sociaux. Cela s'avère être une nécessité car la maladie désorganise les rapports et les ajustements d'une personne à la société et plus précisément dans ses insertions immédiates : famille, travail, vie publique… (Baszanger, 1986). La maladie chronique évolutive engage la survie de la personne mais aussi son autonomie physique, cognitive…même si le malade chronique n'a pas toujours l'air malade. Par cette invisibilité (diabète, certaines maladies auto-immunes ou certains cancers), le malade peut échapper à une stigmatisation sociale parfois pesante, mais il lui manque alors l'aide ou l'attention dont il peut avoir besoin. Même lorsque la maladie est connue, elle n'en est pas forcément mieux comprise par l'entourage familial ou professionnel et la tentation est grande (parce qu'elle est rassurante) d'interpréter l'absence de signes notoires de fragilité ou de faiblesse comme une guérison. Cette invisibilité de la maladie est à la fois un avantage et une difficulté. Cela engage l'accès à la réalité vécue par le malade et la communication de son expérience intime de la douleur (Marin, 2010).

En prenant l'exemple du cancer développé par Dufranc (2006), les maladies chroniques peuvent aboutir à une mort sociale. En être atteint peut faire l'objet d'un régime de la double peine : supporter et vivre avec la maladie mais aussi être rejeté de la société du fait de cette maladie. Alors que le médecin en charge d'apporter les soins, conseille à ceux qui ont été malades de reprendre leur vie active, de faire des projets et de vivre comme avant, les patrons, collègues, banques et assureurs freinent des quatre fers. Ici aussi, tout est question de temps, notamment pour le cancer où le salarié a passé des années à se battre contre la maladie. Vient alors un temps où il doit essayer de se remettre à vivre comme

avant : retourner au travail, refaire des projets… des choses que la maladie avait mises entre parenthèses. La discrimination sur critères de santé existe malgré la loi du 7 juillet 1990 qui interdit toute discrimination dans les pratiques humaines pour des raisons de santé ou de handicap, à l'exception des assurances et de l'accès à l'emploi.

En lien avec ces processus, Saliba, Paraponaris et Ventelou (2007) caractérisent la maladie chronique comme « un véritable amplificateur des inégalités liées à l'emploi » et démontrent un risque d'exclusion des malades chroniques du monde du travail. Rappelons que relativement aux personnes en bonne santé au même âge, celles qui souffrent d'une ou plusieurs maladies chroniques ont 3 fois plus de chances d'être inactives, 2 fois plus de chances d'être retraitées, 1,5 fois plus de chances d'être au chômage et 1,65 fois plus de chances de travailler à temps partiel. On parle alors de statut social dégradé.

2. Les temps de la maladie chronique évolutive, leurs gestions par l'individu lui-même

La maladie chronique, comme son nom l'indique, est une maladie durable, une maladie où le temps pose problème. Elle trouble le rapport au temps car elle inaugure une rupture dans l'existence du sujet, crée un avant et un après le diagnostic (Marin, 2010). C'est un point de rupture engendrant une bifurcation impliquant un "travail biographique" de recomposition (Strauss, 1992). La maladie modifie la capacité dynamique du sujet, essentielle à se projeter dans l'avenir et le fait entrer dans une nouvelle temporalité, souvent appauvrie de ses multiples possibles. "Le passé et le futur sont revus à l'aune de la maladie : la vie passée est souvent idéalisée dans une sorte d'illusion rétrospective qui la transforme en paradis perdu et le rapport à l'avenir est toujours grevé de fortes inquiétudes, suspendu à la possibilité d'une guérison, les projets étant renvoyés à un futur hypothétique, énoncés au conditionnel, parfois même censurés. Face à cette incertitude, la maladie réduit le plus souvent à l'impératif du moment présent, qui est aussi celui de la douleur. " (Marin, 2010).

2.1. Les différentes phases de toute maladie chronique

Le facteur temps est essentiel et différents moments peuvent être reconnus dans toute maladie chronique. Il est intéressant pour notre propos de reprendre ici les approches proposées par Grimaldi (2006)[21].

L'annonce du diagnostic caractérise *le temps de la rupture*, le vécu fluide antérieur du temps s'interrompt et se profile immanquablement le terme de l'affection à savoir la mort.

L'introduction de la mort dans le paysage soulève l'angoisse de mort faisant apparaître le *temps du deuil de la vie antérieure* avec ses différentes phases psychiques habituellement décrites : le choc, le déni, la révolte, le marchandage, la résignation, l'acceptation active. Ce

[21] Les citations qui suivent sont reprises de cet article.

parcours peut dévier vers le déni ou la dénégation. La maladie modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi.

La réaction à l'annonce de la maladie chronique chez les patients fonctionnant à la dénégation ou au déni s'exprime sur le mode du *temps compté*, avec une accélération et des défis. L'évolutivité potentielle des affections donne naissance au *temps de la prévention* visant à réduire les crises et les complications. Ceci intègre des modifications comportementales et une adaptation progressive aux contraintes thérapeutiques. "Le malade doit être convaincu que les contraintes du traitement ne s'opposent pas à ses choix de vie, mais qu'au contraire les contraintes thérapeutiques, si besoin négociées et adaptées, lui permettront de les réaliser."

Le temps du changement s'exprime par la nécessité d'un temps de prise de conscience, de réflexion, d'évaluation, d'hésitation… "On peut aider à cette maturation mais on ne peut pas la brusquer. Pour changer, il faut que la personne soit convaincue non seulement qu'elle a un risque, mais que le changement en vaut la peine, autrement dit que le rapport bénéfice émotionnel/coût émotionnel, plaisir/déplaisir, est positif ou du moins neutre. En effet, l'individu n'est pas qu'un être de raison régi par des lois normatives tendant à l'universalité, il est aussi un être d'émotion et de relation à l'irréductible singularité, régi d'abord par le principe d'homéostasie thymique. Les conduites humaines sont guidées, si ce n'est par la recherche du plaisir optimal, du moins par l'évitement du déplaisir, en tout cas par le rejet de la douleur physique ou psychique. On ne peut pas proposer à quelqu'un un changement de comportement raisonnable dont il tirera bénéfice ultérieurement, si ce changement lui procure immédiatement une souffrance psychique. [...] Aider le malade à changer n'est donc pas lui rappeler les bonnes raisons qu'il a de le faire, mais l'aider à peser le pour et le contre en n'hésitant pas à se faire l'avocat du diable, c'est-à-dire à insister sur tous les arguments qui militent contre le changement."

Toute affection chronique, même lorsqu'elle est déniée ou qu'elle fait l'objet d'une hyperactivité compensatoire, comporte une angoisse refoulée de l'attente des complications. Cette angoisse peut être une force mobilisatrice pour améliorer les comportements de soins (et pour adhérer aux aides à la reprise du travail). Le malade ayant confiance en ses capacités, qui atteint les objectifs fixés, fussent-ils mineurs, transforme son angoisse en soulagement, voire en plaisir de contrôler sa santé (et son travail). Peut alors venir "le temps de la sérénité".

La composition de tous ces temps amène à réfléchir sur les opportunités de changement pour ces personnes malades. En effet, ces changements sont plus à même de se produire ou de se provoquer lors des moments d'angoisse ou d'émotion qui sont des moments clés de la maladie chronique. Dans une maladie chronique, il est essentiel de savoir perdre du temps pour en gagner.

2.2. La gestion de la maladie par le malade lui-même

Il convient maintenant d'aborder la gestion quotidienne et organisée de la maladie par l'individu atteint. Car vivre avec une maladie chronique modifie non seulement le rapport que le sujet entretient avec sa santé biologique mais plus largement l'ensemble des transactions qu'il établit avec son environnement social, professionnel et familial (Thievenaz, Tourette-Turgis et Khaldi, 2013). Les recherches en éducation thérapeutique rapportent une évolution des rôles du malade chronique (Flora, 2013) :

- *du patient acteur*, figure s'imposant dans les années 1980 avec la survenue de la pandémie du sida et l'émergence des associations de malades, favorisant ainsi la communication publique et l'éducation des malades mais aussi leur inscription dans le droit avec l'information et les droits des patients et des usagers du système de santé.

- *en passant par le patient expert* avec des argumentaires scientifiques, le développement de savoirs académique et médical. La recherche et l'expérience pratique en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne prouvent que les patients d'aujourd'hui présentant des maladies chroniques n'ont pas besoin d'être de simples destinataires de soin. Ils peuvent devenir les décideurs principaux dans le processus de traitement (Department of Health, 1992). Ainsi, des programmes d'autogestion par les malades ou programmes des patients experts (Chronic Disease Self-Management Programmes - CDSMP) sont basés sur le développement de la confiance et de la motivation des patients afin qu'ils emploient leurs propres qualifications et connaissance pour prendre le contrôle efficace de leur vie avec une maladie chronique. Ces programmes peuvent porter sur le choix du traitement, la gestion de la fatigue mais aussi la douleur, l'accès au service de santé au travail et la communication avec les professionnels de santé. La principale justification pour promouvoir l'autogestion des patients est la suivante : "le patient a accès à la connaissance et la compréhension de sa propre situation qui est pertinente pour la gestion réussie de sa maladie"(Holm, 2005). Les tactiques et la stratégie de gestion de la maladie en est améliorée conjointement pour le patient et la sphère soignante.

Un patient devenu expert par expérience est alors un interlocuteur crédible face aux décisionnaires médicaux et politiques, entrant aussi dans les orientations de collaborations avec les médecins et les autorités politiques et financières (expert by experience, National Health Service, London). Mais cette approche "patient expert" soulève des interrogations de la part de scientifiques jugeant cette vision "trop perceptive et subjective, impropre à la connaissance médicale et clinique"(Flora, 2013).

- pour parvenir au *métier de "patient" et de travail de malade.* Pour vivre au quotidien avec la maladie chronique, Birmelé et al. (2008) préfèrent ce terme de métier de patient car les personnes atteintes de maladies chroniques doivent appréhender certaines obligations qui sont les leurs, pour leur permettre de vivre en société. En effet, Le "travail" du malade (Thievenaz, Tourette-Turgis et Khaldi, 2013) recouvre "la réalisation d'un ensemble de tâches à travers lesquelles le sujet transforme son environnement, gère les incertitudes liées à la maladie et aux traitements". La réorientation du parcours de vie et la mobilisation de

nouveaux registres d'activités permettent l'élaboration de nouvelles formes d'expérience. Le malade doit parvenir à se créer une vie "qui va avec" la maladie et ses traitements, et pour cela doit réaliser un certain nombre d'apprentissages et doit réélaborer son expérience. La perception du malade évolue : ce n'est plus seulement un bénéficiaire de soins mais un réel acteur dans le processus thérapeutique. Plusieurs notions ou composantes du travail du malade doivent être prises en compte pour en faire l'analyse : l'expérience de la maladie, sa "carrière" et/ou sa "trajectoire".

Déjà, en 1992, Strauss aborde et explicite le travail de gestion des nouvelles conditions de vie entraînées par la maladie. Cela l'amène à définir la notion de "travail du malade" pour désigner l'activité conduite par les patients dans leur participation effective à l'organisation et à la division du travail de soins. Toujours pour Strauss (1992), gérer une maladie chronique nécessite de travailler dans trois directions (ou lignes de travail) : gérer la maladie, gérer la biographie, gérer la vie quotidienne. Un des principaux objectifs du travail de gestion de trajectoire est de maintenir le meilleur équilibre possible entre contrôle de la maladie et qualité de vie.

Comme évoqué précédemment, les temporalités de la maladie ont toute leur importance dans cette gestion. L'irruption d'une maladie chronique grave ou d'un handicap sévère fait éclater l'identité d'une personne en établissant une discontinuité entre le «moi» du passé et celui du présent, et le travail biographique est nécessaire pour rétablir le sens de la continuité tout en «fermant» certaines facettes de l'identité passée et en en ouvrant d'autres pour le futur (Strauss, 1992). Selon Delory-Monberger (2013), l'expérience de la maladie engage un ensemble de processus biographiques qui se traduisent, chez le sujet malade, par des reconfigurations dans l'image de soi et de son existence, comme dans son mode d'être au monde (habitudes de vie, relations avec son entourage, vie sociale), et qui conditionnent son "activité de maintien de soi en vie" (Tourette-Turgis, 2013 cité par Delory-Monberger, 2013). Par les nouvelles conditions d'exercice de la vie qu'impose la maladie chronique, l'épreuve de la maladie inaugure un nouvel espace de projection de soi dans lequel sont reconfigurés le rapport de soi à soi et à son existence, les relations à autrui, les manières d'être dans le monde, transformant ainsi le système de connaissance(s) du sujet et contribuant à la possible élaboration de nouveaux savoirs (Delory-Monberger, 2013).

Dans leurs démarches de caractérisation du travail de malade, Birmelé, Lemoine, Le Christ et Choutet (2008) vont plus loin. Ils définissent les "obligations positives" de ce travailleur :

- Définir la maladie comme un devoir d'action au sein du système de santé dans l'optique de préserver et d'améliorer ce dernier ;
- Adopter une démarche d'équipe par le partage de compétences et d'informations mais aussi une "reconnaissance de l'être et de l'action de l'autre, soignant ou non" ;
- Avoir un comportement de rigueur, notamment par rapport à l'observance mais aussi à la reconnaissance du travail du soignant, accompli à la demande implicite ou explicite du patient.

- Au niveau du traitement médical, une certaine constance, régularité de l'observance des prescriptions par le malade est recherchée par le corps médical, prescripteur des thérapeutiques. Le travail commun médecin - patient doit permettre de créer une alliance thérapeutique, un engagement réciproque du soignant, pour proposer des soins expliqués, compris et acceptés, et du patient pour se conduire comme l'acteur de son propre traitement. En effet pour bénéficier de ces droits, le malade doit participer activement à sa prise en charge par les médecins et l'équipe soignante. Il peut ainsi participer à la connaissance, à l'expertise médicale et apporter des connaissances de comment il vit la maladie de l'intérieur, afin de participer à la chaîne du progrès médical (Choutet et Birmelé, 2006).
- Se placer en attitude d'apprentissage afin d'acquérir la connaissance de la maladie mais aussi de ses exigences : savoir qu'il faut prendre son traitement à heures régulières, savoir qu'il faut adapter son alimentation….
- Développer son expérience de malade et définir son expertise propre de patient sur une longue période, son savoir-faire. Il s'agit alors de la connaissance intime de la maladie qu'il possède à l'exclusion du médecin. L'expertise propre au patient pourrait se définir "comme cette irremplaçable aptitude à exprimer de la manière la plus appropriée ce qui est réellement éprouvé", mais aussi ce que représente la maladie au quotidien.
- Intégrer dans son existence la dimension de la maladie, se réinventer une nouvelle façon de vivre fondée sur l'acceptation particulière du fait de la maladie, c'est-à-dire du fait que c'est désormais une certaine manière plus contraignante, qu'il faudra vivre. Mais aussi accepter de vivre des périodes plus difficiles.

Mais il y a aussi des "obligations négatives" :

- Ne pas nier l'existence de la maladie, éviter la dénégation, éviter de croire que la maladie n'a pas de prise sur soi. En effet toutes ces formes de dénégation entravent toute possibilité de prise en charge de sa propre maladie, car elles impliquent de faire abstraction de son impact et de sa chronicité.
- Ne pas s'identifier intégralement au statut de malade, pour éviter une prise en charge exclusive par la société. Cela implique de ne pas se mettre en situation de dépendance externe et de ne pas se cantonner au statut d'usager du système de santé.
- Ne pas se laisser devenir un sujet dont on n'attend plus rien. Il est possible que la situation de malade ouvre droit à l'affranchissement d'un ensemble de devoirs ; certaines obligations comme l'assiduité au travail peuvent être considérées comme excusées, voire annulées. Le risque est alors d'aboutir à l'exclusion sociale.
- Ne pas se replier sur soi et pour cela recomposer son existence d'une autre manière en conservant des projets.

Ce rôle de "travailleur et/ou autogestionnaire de la maladie", souvent sous-estimé, peu visible ou méconnu des acteurs de la santé au travail, revêt toute son importance pour le maintien dans l'emploi de ces salariés atteints de maladie(s) chronique(s)évolutive(s). Ces salarié(e)s sont confronté(e)s à deux objectifs : leur maintien en santé et leur maintien en emploi. Ils doivent pour cela assumer une double profession : celle de malade mais aussi leur profession de salarié ; ce qui induit le développement de réelles compétences de gestion. Une gestion temporelle d'une part pour faire concilier les temps de travail et les temps du soin par exemple, et une gestion des contraintes liées au travail en lien avec les effets souvent peu visibles de ce type de maladie. Ce sont eux qui détiennent la connaissance et la mesure de leurs difficultés. Cette dernière gestion peut engendrer des nécessités d'aménagements, d'adaptations, où l'ergonomie peut intervenir.
Cette construction-gestion de sa santé dans le travail oblige la personne concernée à être réellement motrice dans son maintien dans l'emploi, même si elle est entourée d'une multitude d'acteurs y contribuant.

3. L'implication de la maladie chronique dans le travail

Après avoir caractérisé la maladie chronique évolutive, ses effets sur la santé, les temporalités qu'elle engage mais aussi la gestion de celle-ci par les personnes atteintes, il nous faut examiner l'implication de la maladie chronique évolutive dans la sphère professionnelle, elle-même.

3.1. Les temporalités du travailleur malade et de son entreprise : un risque de disjonction

Comme évoqué précédemment la maladie chronique constitue en soi une bifurcation dans l'itinéraire de tout individu. Une telle bifurcation peut être définie comme "une modification brutale, imprévue et durable de l'articulation biographique entre la sphère de la santé et celle du travail, pour autant que cette modification soit désignée par les acteurs concernés comme un point de basculement donnant lieu à une distinction entre un "avant" et un "après" (Hélardot, 2006). C'est une redéfinition des orientations possibles à un moment donné du parcours.

Dès l'apparition de la maladie chronique, la temporalité du travail est différente, perturbée pour l'individu atteint par des pauses, des arrêts de travail, plus ou moins longs, parfois très longs de plusieurs mois, par un ralentissement du rythme de travail, officialisé ou non, avec un temps partiel, thérapeutique ou plus pérenne via l'invalidité. On l'a dit, une personne malade chronique, relativement à une personne non malade chronique a 1,65 plus de "chances" de travailler à temps partiel. Un tiers de ces personnes (issues de la population de l'étude de Saliba, Paraponaris et Ventelou (2007)) déclare ne pas avoir choisi leur temps partiel. Cet éloignement du monde professionnel, souvent nécessaire du fait de la maladie mais aussi institué du fait de la réglementation peut provoquer chez ces salariés un mal-être les faisant se sentir à l'écart de l'entreprise pendant leur absence avec un risque de rompre

le fil du travail (Dufranc, 2006). Le retour et le maintien dans l'emploi sont souhaitables pour les salariés malades car cela permet le maintien des ressources financières, la restauration de l'estime de soi et l'insertion sociale. Aussi cette préoccupation n'est pas récente. Célérier (2008), par son analyse de la littérature internationale sur le thème du cancer et des activités professionnelles des malades, identifie une période de 1985 à 2002 où la recherche a cherché à identifier les conséquences de la maladie sur les divers aspects de la vie professionnelle de ces malades. Ces conséquences portent par exemple sur la durée des congés maladie, la reprise de travail ou la non-reprise, l'ampleur de cette reprise…Ce changement de l'organisation temporelle du travailleur peut amener à des ruptures de synchronicité avec les temps de l'entreprise.

Les progrès de la médecine ont permis à des maladies aigües et mortelles de devenir chroniques. Il est ainsi possible, pour la personne atteinte, de travailler alors même qu'elle suit un traitement. Mais se pose la question de la place laissée à une personne malade dans le projet de l'entreprise (Pourtau, Dumas & Amiel, 2011). Il y a alors un risque de discrimination du fait de la maladie, au sein de l'entreprise. Même si cette discrimination se veut positive pour le "bien" de la personne, elle peut induire une disjonction de temporalités (Pourtau, Dumas & Amiel, 2011) entre le salarié et son entreprise pour aboutir à une forme d'isolement et un renforcement de l'identité de malade. En complément peut s'ajouter la dissonance temporelle entre les projets qui avancent, qui se réalisent, les uns succédant aux autres, et cette affection dite si justement de longue durée qui, dans sa forme chronique, ne se résout pas, dure sans forcément donner de signal de fin programmée.

Les disjonctions de temporalités entre l'histoire de l'entreprise et l'histoire du salarié confèrent un cadre d'analyse du parcours du salarié atteint d'une maladie chronique évolutive. La disjonction de temporalité est définie comme la rupture de synchronicité entre la temporalité du malade et celle de son entourage, ici professionnel ou familial. Le schéma suivant illustre cette notion de disjonction de temporalités, importante dans le cadre de cette recherche.

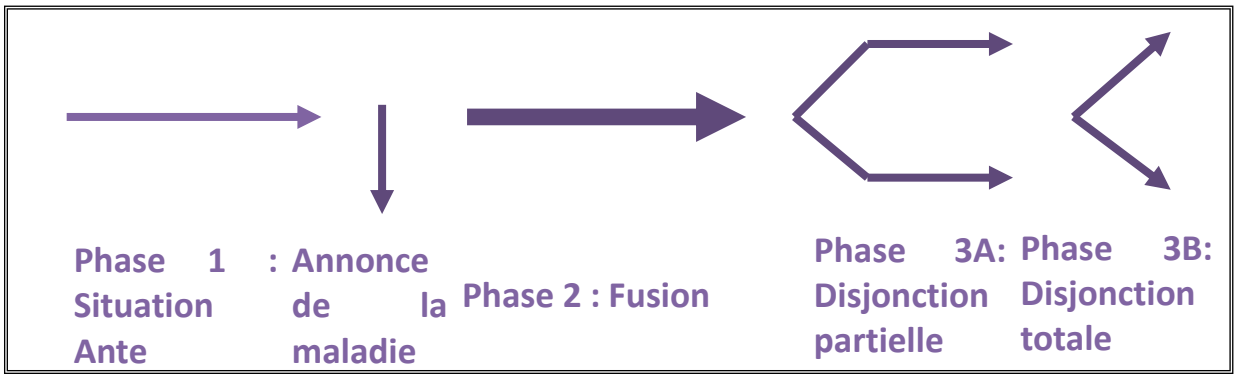


Figure 19: Distinctions entre les temporalités des malades et leur entourage
(Pourtau, Dumas & Amiel, 2011)

La phase 2 (Fusion) correspond au moment où les temporalités se coordonnent à celles des autres de façon plus ou moins acceptable, quand les individus sont socialement intégrés. Mais quand la maladie ne le permet plus, deux possibilités se présentent :

- Phase 3A (disjonction partielle) : un arrangement s'avère possible. Les deux parties gardent des relations mais elles ne sont plus de même niveau. L'entreprise continue de travailler avec le malade de façon moins intense ;
- Phase 3B (disjonction totale) : les deux temporalités ne sont plus compatibles, même partiellement. Les deux parties se séparent. L'isolement du malade s'accroît.

Ces deux types de disjonction questionnent sur les arrêts de travail, la mise en place de temps partiel thérapeutique, voire le risque d'inaptitude et la sortie du travail. Ces disjonctions peuvent se créer par les représentations qu'ont le premier concerné, ses collègues, son encadrement… de la maladie et des possibles.

3.2. De la modulation à la mise en place d'un équilibre dans l'entreprise

Sur le lieu de travail, l'individu met en scène sa maladie au sens où il la cache ou la révèle, la diminue ou l'accentue aux yeux des autres, la nie ou la nomme, et de façon générale gère les signes nécessaires, de son propre point de vue, pour que les autres personnes du lieu de travail élaborent une interprétation de sa propre maladie qui soit conforme à ses souhaits.

Déjà en 1983, Dodier explique l'importance du processus de la notion de modulation, c'est-à-dire de la possibilité laissée à l'individu de varier l'intensité de son travail en dehors d'un contrôle immédiat des autres personnes du lieu de travail et en particulier des supérieurs hiérarchiques. D'un point de vue logique, cette modulation est essentielle par rapport à la maladie, car elle est la réponse possible à « l'atteinte aux capacités de travail » que nous avons prise comme caractéristique primordiale de la définition sociale de la maladie. La modulation s'exerce à trois niveaux : les horaires, l'intensité du travail à l'intérieur de ces horaires et le type de tâche à réaliser.

Mais pour que cette modulation soit possible, s'entretienne, dure et permette le maintien dans l'emploi, un « équilibre » de l'interaction doit se construire par une régularité temporelle du comportement de l'individu vis-à-vis de la maladie ainsi que des rapports entre ce comportement et les pratiques des autres personnes du lieu de travail. Ces rapports sont conditionnés par l'élaboration de jugements, des formulations d'exigences par les supérieurs hiérarchiques et les membres du groupe de travail. Deux modes d'élaboration du jugement de l'individu coexistent : ils relèvent, l'un d'une appréciation de la réalisation du travail conformément à certaines normes (d'où le fond de morbidité toléré), l'autre d'une appréciation de la présence de l'individu au travail, la réalisation du travail étant soit « mise entre parenthèses » ou à l'arrière-plan, soit automatiquement entraînée par la présence possible, du fait de l'organisation du travail (d'où le fond d'arrêts-maladie toléré). Il peut y avoir un double niveau d'élaboration du jugement.

Dans ces interactions, l'individu élabore lui aussi ses propres limites face à ces exigences avec la mise en visibilité, le partage ou non de sa maladie.

Cet équilibre peut être rendu possible du fait d'une certaine régularité dans le travail, d'une certaine régularité des maladies chez les individus (fatigue, affections saisonnières, mais aussi, dans certains cas, maladies chroniques : l'ensemble des maladies « familières » à une personne) et d'une connaissance de ces événements biologiques, en fonction notamment des expériences passées. L'équilibre n'est pas le résultat d'un consensus : c'est une négociation entre les individus qui permet d'aboutir à une régularité précaire de leurs rapports. L'individu connaît son corps et construit en même temps un ensemble de règles et de normes qu'il juge devoir suivre (Dodier, 1983). On retrouve ici le malade chronique comme professionnel de sa santé.

3.3. Un environnement de travail à recréer pour le salarié malade

Cependant, on ne peut laisser reposer la responsabilité du maintien dans l'emploi, de son "succès" seulement sur le salarié lui-même et sur sa façon de gérer la maladie. Baszanger (1985) appuie ce propos : malgré le professionnalisme dont fait preuve la personne malade pour guider les réactions des autres, "elle ne peut *seule* dans la durée construire socialement sa maladie." Il s'agit donc d'aider l'établissement d'un ordre négocié du statut de la maladie chronique à travers des interactions prolongées dans les différentes sphères de vie sociale quotidienne.

La maladie chronique est souvent englobée dans la notion bien incertaine et imprécise du handicap, avec des systèmes de compensations souvent techniques qui laissent penser que la solution au problème est trouvée, réduisant ainsi le souci du pérenne, des évolutions possibles, tellement caractéristiques de ce type de maladie. Comme le démontrent Chassaing et Waser (2010), les travailleurs malades chroniques, par un cheminement constitué d'expériences conduisant à des points de stabilités et de rupture, se recréent un environnement de travail qui leur est favorable, compte tenu des séquelles de la maladie mais également des conditions d'emploi, de leur travail. Il s'agit alors de contribuer, malgré les ruptures de trajectoires et les bifurcations, au changement de l'environnement de travail pour donner des nouvelles normes de vie (au travail…), afin que le salarié puisse vivre autant que possible "en santé".

Mais que fait-on concrètement pour ces salariés ? Les ajustements, les aménagements au poste de travail peuvent aider à "restaurer" leurs capacités de travail de ces salariés. Parmi les problèmes interférant avec le travail, ceux en relation avec les incapacités physiques, la fatigue, l'endurance physique, les déficits de concentration ou de mémoire émargent comme les facteurs les plus importants en relation avec la présence d'aménagements au travail soit immatériels soit matériels. Même si les difficultés de transports, d'accessibilité au poste de travail, arrivent dans les dernières positions pour les problèmes interférant avec le travail, ce sont eux qui font l'objet d'aménagements physiques ou organisationnels dans des proportions plus importantes (Baanders, Andries, Rijken et Dekker, 2001).

Il apparait que les problèmes professionnels résultant des difficultés d'ordre physique, les déficits de concentration et de mémoire et les difficultés de transports constituent des solides prédicteurs des aménagements immatériels, tout comme l'âge et un niveau d'éducation moindre, des symptômes de la maladie s'exprimant journalièrement. La douleur, la fréquence des crises et les exigences physiques du travail sont des éléments prédicteurs importants d'ajustements matériels au travail.

Toujours aux Pays-Bas, de façon générale, les aménagements immatériels, tels que l'aménagement des horaires ou la réattribution des tâches sont plus aisés à mettre en place au détriment des aménagements matériels. Cela s'explique par une méconnaissance de la part des salariés des dispositifs pour les adaptations du travail ou par une négligence de la part des employeurs vis-à-vis de leur responsabilité. L'usage limité de ces aides s'explique aussi par la mise en visibilité potentielle de la maladie, du problème de santé, risquant de véhiculer une image négative pour ces salariés.

A l'occasion d'un projet européen Equal "Maladies Chroniques Évolutives, Pluridisciplinarité et Maintien dans l'emploi", ayant également impulsé ce travail de recherche doctoral, Baradat et al. (2008) soulèvent plusieurs spécificités à prendre en compte et à connaître pour les interventions "maintien dans l'emploi des salariés ayant une maladie chronique évolutive" :

- La fatigue et les autres effets non visibles liés aux maladies chroniques, comme les douleurs…
- La difficulté liée à la chronicité
- La surcharge d'activité sur les collègues
- La fatigue
- Le rôle des proches dans l'activité du salarié
- La difficulté d'identifier et d'analyser l'activité extraprofessionnelle
- La reconnaissance des compétences de la personne, potentiellement problématique suite à un arrêt maladie de longue durée

Pour le maintien dans l'emploi des salariés atteints de pathologies chroniques évolutives, la pérennité de celui-ci, des solutions mises en œuvre, de l'environnement de travail reconçu, recréé du fait de la maladie, Baradat et al. (2008) suggèrent un suivi dans le temps des solutions mises en place, en complément de la mise en place d'une conduite de projet avec un coordonnateur identifié. Il doit être attentif et périodique par des acteurs externes et/ou internes de l'entreprise, du fait de l'évolutivité possible de l'organisation du travail et / ou de la maladie.

3.4. Le contrôle de l'information de la maladie chronique évolutive

Dans le cadre d'un maintien dans l'emploi d'un salarié ayant une maladie chronique, la collaboration entre l'ergonome et le médecin du travail est d'autant plus importante du fait de la complexité de la maladie. Or le secret médical n'est-il pas une frontière plus ou moins perméable conditionnant la collaboration de ces deux acteurs animés du même objectif ?

Pour définir le secret médical, celui-ci trouve son origine dans le serment d'Hippocrate au IVème avant J.-C., auquel fait écho l'article 4 du Code de Déontologie Médicale (article R.4127-4 du code de la santé publique) : "Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris."(UVMT, 2005)

Garanti en France par le code de la santé publique et le code pénal, le secret médical est un droit du patient (intérêt privé) mais aussi un devoir de tout médecin (intérêt public). Le secret médical est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.[22] Le patient peut, en effet, refuser à tout moment que des informations qui le concernent soient communiquées à un ou plusieurs professionnels de santé.

Rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales (naissances, décès, accidents du travail et maladies professionnelles…). Même entre médecins, la discrétion est de règle. La notion de «secret partagé» reste limitée aux membres de l'équipe soignante - qui doivent partager certaines informations pour assurer des soins corrects - dans l'intérêt du patient [23]ainsi qu'aux médecins des régimes obligatoires de protection sociale (article 50). Dans le cadre du maintien dans l'emploi de salariés malade chronique, la question se pose des informations échangeables entre 3 catégories de médecins : le médecin traitant, le médecin-conseil de la sécurité sociale et le médecin du travail au cœur de l'action. La question se pose des informations échangées et échangeables avec ces deux confrères (Mouneyrat, 2001). Les possibilités d'échanges médecin traitant et médecin du travail sont asymétriques : le médecin du travail découvrant un élément évocateur de pathologie à l'occasion d'un examen est tenu d'en faire part au médecin traitant. A contrario le médecin traitant n'est jamais tenu d'informer le médecin du travail de l'état de santé d'un travailleur malade sauf si ce dernier autorise explicitement cette transmission d'informations. Le vecteur d'information ne devient-il pas le salarié avec toutes les imprécisions et incompréhensions possibles ?

Se pose ainsi la question de ce que peut dire ou non le médecin du travail sans être inquiété "par des sanctions à la fois sur le plan pénal et sur le plan civil" (Mouneyrat, 2001). En fait, le secret médical ne semble pas recouvrir seulement le nom de la pathologie mais beaucoup d'autres choses : cette obligation de secret "couvre un certain nombre d'éléments ainsi protégés, que ce soient les confidences, révélations faites par le patient, ou bien toute autre

---

[22] Pour davantage d'informations, il est possible de se référer au site : www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913

[23] Expressément mentionné par l'article L.1110-4, al. 3 du code de la santé publique qui définit la notion de secret partagé.

information dont le médecin a pu avoir connaissance dans l'exercice de sa profession." (Mouneyrat, 2001). Ceci ne clarifie pas les éléments que le médecin du travail peut partager avec l'ergonome intervenant dans l'intérêt d'un salarié qu'il suit. De plus, l'article 72 du Code de la Déontologie Médicale définit comment le médecin (du travail) doit gérer le secret avec les personnes qui l'assistent : "Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle."

Il est bien entendu de ne pas remettre en cause le principe même du secret médical mais d'examiner plutôt les usages par rapport à celui-ci dans le cas d'un travailleur malade chronique. Aujourd'hui, le fonctionnement est tel que le médecin du travail le dit sans le dire et l'ergonome, quant à lui, sait sans que ce soit dit (Quériaud, 2013).

Comme l'indique Dejours (1995), "l'intervention relève en propre de l'action dans les affaires humaines. L'action est prudente […] si elle donne les moyens de la délibération qui la précède" et fait suite à une "analyse de la demande," en prenant en compte "tous les acteurs concernés par l'action". Or par cet apport d'informations qui est loin d'être prescrit pour le médecin du travail, cela permet la délibération nécessaire à l'action pour le maintien dans l'emploi du salarié malade. L'intervention devient alors commune, à la fois, médicale et ergonomique. Cet apport d'informations permet au médecin du travail de construire une représentation commune, constructive, opérationnelle de la situation pour travailler avec l'ergonome. En effet, chaque cas a ses spécificités et la représentation de la maladie fondée seulement sur le nom de cette dernière et des conséquences sur le travail peuvent être erronées chez l'ergonome, sans l'aide du médecin du travail.

Mais revenons au rôle du salarié malade chronique dans la révélation de sa maladie. Dire la nature de la maladie lui revient avant tout, cette expression est souvent limitée par une crainte de la stigmatisation. Il réalise alors un contrôle de l'information de la maladie (Lhuillier et Waser, 2014). La maladie est plutôt caractérisée dans le champ privé, du hors travail, avec les activités de contrôle de cette dernière, de reconstitution des forces, des activités domestiques, familiales, de sociabilités (Lhuillier, Amado, Brugeilles, Diallo et Rolland, 2010). Bien que Curie et Hajjar (2000) démontrent un système d'interdépendance entre la vie au travail et la vie hors travail, le salarié peut souhaiter cloisonner au maximum sa maladie dans la sphère privée. Le statut de "travailleur Handicapé" (RQTH) lui permet d'acquérir un statut, des droits au sein de l'entreprise, sans avoir à dire la nature exacte de ses difficultés da santé mais avec les risques de représentation faussée de sa situation par ses collègues que cela peut entraîner (Lhuilier et Waser, 2014). Au-delà du risque qu'elle comporte, cette stratégie contribue au déplacement nécessaire pour parvenir au maintien dans l'emploi d'un salarié malade chronique : "se décentrer de l'approche diagnostique et donc médicale, pour privilégier la prise en compte des restrictions dues à une santé somato-psychique fragilisée et des stratégies déployées par les personnes concernées, en fonction

des marges de manœuvre et ressources dont elles disposent ou qu’elles tentent de construire (Lhuilier et Waser, 2014)" pour recréer de nouvelles normes et une autre "allure de vie" (Canguilhem, 2010).

De fait, dire ou ne pas dire sa maladie revient au salarié. Le diagnostic médical est exprimé le plus souvent par la personne handicapée elle-même ou son entourage (sauf exception, l'ergonome n'en a pas connaissance directement, par suite des règles de confidentialité s'appliquant aux dossiers médicaux). C'est évidemment un élément très important, mais ce n'est qu'un élément, incluant le pronostic d'évolution. Au-delà de cela, l'analyse [par l'ergonome] doit appréhender toutes les variables du projet de vie et des conditions de vie de la personne, notamment le travail, le lieu de vie, l'entourage familial, les conditions de déplacements, les besoins d'utiliser un véhicule aménagé, les projets de vie et de carrière professionnelle mais aussi certains éléments psychologiques comme la motivation, l'état psychologique, une orientation dépressive, la résilience… (Sperandio, 2013).

La maladie chronique relève de dimensions temporelles spécifiques à elle seule, à sa compréhension, à sa gestion par la personne atteinte, aux rapports sociaux impliqués, au champ professionnel, qui conditionnent fortement l'action possible de l'ergonome et sa compréhension de la situation du salarié atteint.

Chapitre 6 - Un carrefour de dimensions temporelles pour l'ergonome consultant.

Après les avoir décrites, nous soulignons ici que les dimensions temporelles du processus "Maintien dans l'emploi" se rejoignent, se côtoient. L'épisode IME est le temps déterminant et déterminé, faisant appel aux deux histoires longues (entreprise et salarié), incluant aussi la fenêtre d'intervention de l'ergonome. Ces dimensions temporelles deviennent l'environnement d'intervention de l'ergonome.

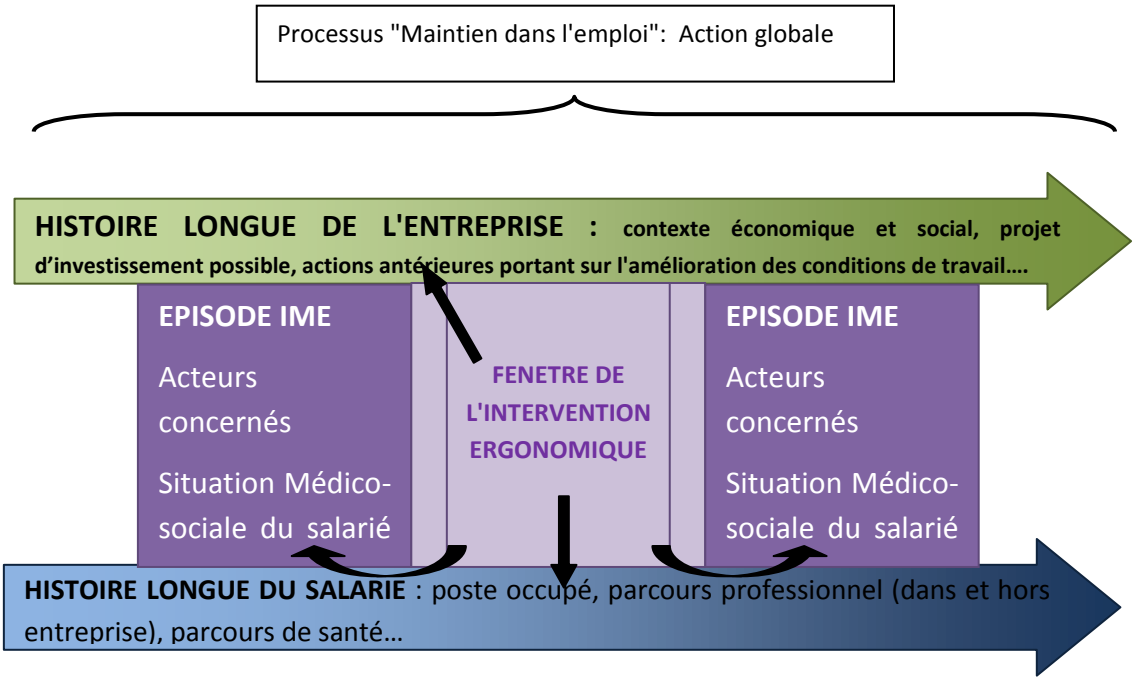


Figure 20 : Modèle schématique du processus "Maintien dans l'emploi"

L'ergonome doit donc s'y inscrire, se projeter sur ces dernières. L'intervention de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi devient l'occasion de questionner, d'appréhender, avoir les moyens d'intervenir, d'agir sur ces dimensions temporelles.

Le processus de maintien dans l'emploi est à la fois une gestion de projet où le maitre d'ouvrage et le maitre d'œuvre sont pluriels et mal définis, un environnement dynamique pour l'intervention de l'ergonome, mais aussi un carrefour de dimensions temporelles. La conjonction de ces dimensions temporelles fait intervenir, pour l'ergonome, des représentations temporelles spécifiques mais aussi la mémoire collective.

1. Gestion de projet et compromis temporels associés

Comme la plupart des problématiques particulières devant être gérées en entreprise, le maintien dans l'emploi est souvent appréhendé en mode projet. Il y a des donneurs d'ordre, un chef de projet plus ou moins identifié, un consultant sollicité dans un laps de temps déterminé, un bénéficiaire et une pluralité d'acteurs plus ou moins impliqués dans ce projet. Cette conduite de projet, souvent bornée dans le temps dispose d'un rythme propre mais aussi d'une finalité sur le long terme : le maintien dans l'emploi d'un salarié. Un projet peut être défini comme un ensemble finalisé d'activités et d'actions entreprises dans le but de répondre à un besoin défini dans des délais fixés et dans la limite d'une enveloppe budgétaire allouée (Garel, 2003). Au travers d'un exemple précis de projet, la mise en œuvre d'un projet d'ingénierie temporelle complexe dans le cadre d'un arrêt de tranche pour la maintenance d'une centrale nucléaire, Globokar (2004) propose d'"analyser la dimension temps par ses nombreuses facettes et de dresser ainsi la grille temporelle" du dit projet. Ce qui constitue une base de réflexion pour notre propre objet de recherche.

Elle cite alors Mildler (1994) pour donner une première caractéristique de la temporalité des missions de projet : *une temporalité bornée, entre le début de projet et sa fin annoncée*. Ceci explique que la mise en oeuvre du projet est conditionnée par la *disponibilité temporelle des ressources matérielles et humaines*. Ces impératifs temporels agissent aussi comme des stimulants organisationnels qui déterminent le rythme des activités à organiser. Le planning représente à ce moment-là l'instrument principal de la coordination temporelle de toutes les interventions et il est constamment modifié en fonction des situations qui se présentent au long du projet. Cela peut induire des glissements. Si l'on considère le temps comme une *composante gérable et exploitable, une ressource*, il est nécessaire d'évoquer l'interaction entre les trois composantes du temps (Gasparini, 1998) : la durée, le rythme et la distribution temporelle des actions, qui représentent les paramètres de base de la gestion du temps de travail ou du temps privé. C'est avec ces paramètres que travaille le chef de projet pour gérer l'incertitude, en passant constamment de la stratégie d'anticipation (le planning, la prévision des événements) à la stratégie de résilience (l'adaptation à l'imprévu, la réorganisation des agencements ; Wildavsky, 1989).

Ainsi lors de la réalisation de ce projet, le temps agit sur les acteurs mais les acteurs agissent également sur le temps. L'analyse du *capital temps* doit devenir un objet de réflexion commune entre les acteurs afin de respecter les délais prévus (comme dans le cas de cette phase de maintenance pour la centrale nucléaire). Cette analyse auprès des acteurs de l'arrêt de tranche lors de la maintenance d'une centrale nucléaire a permis de montrer à quel point les possibilités et les disponibilités de chacun d'entre eux sont différentes et souvent incompatibles avec les objectifs poursuivis dans l'intérêt de respecter les délais prévus. Cela conduit à l'*identification d'un besoin d'harmonisation et de synchronisation des temps et des rythmes de chacun.* Globokar (2004) évoque une interface capable de conduire vers la création d'un temps et d'un rythme communs, qu'il appelle *temps social*. Il s'agit de redonner un aspect humain au temps. Pour cela, elle propose de prendre en compte

l'"humain au sens large" dans l'utilisation de son temps, avec le respect de sa disponibilité vis-à-vis du temps professionnel mais aussi du temps personnel et privé :

- le temps professionnel doit permettre d'exercer le métier selon les règles de l'art.
- le temps personnel et privé doit permettre d'assurer la dignité de l'homme au travail et au repos.

Cette démarche vise la construction d'un temps social (par un engagement égal de toutes les parties concernées) et la création d'un esprit coopératif, indispensable à la bonne réalisation du projet. Vu et défini comme un projet, cela laisse à penser qu'un certain nombre de ces compromis temporels se retrouve dans la gestion du processus maintien dans l'emploi.

2. Le processus maintien dans l'emploi, un environnement dynamique

Mais "intervenir sur la situation d'un salarié où le maintien dans l'emploi est en jeu" n'est pas seulement un projet, c'est aussi un processus, nommé ici, processus "maintien dans l'emploi". Tel que nous le définissons, il regroupe des temporalités (histoires longues de l'entreprise et du salarié) et un cadre temporel, celui de l'épisode "intervention maintien dans l'emploi"(IME). Il est à la fois un dispositif social et un processus dynamique qui conditionne l'intervention de l'ergonome consultant. Il constitue alors un environnement dynamique pour cet ergonome. Bien que toute la littérature sur les environnements dynamiques porte sur des systèmes plutôt techniques et sur les interfaces homme-machine, l'analogie (comme ci-dessus pour un "projet" dans la maintenance nucléaire) nous a semblé plus que légitime dans ce cas et utile pour l'analyse de l'activité de l'ergonome intervenant dans ce champ.

D'une part, ce dynamisme se caractérise au travers de l'évolution possible du parcours (de vie et de travail) du salarié, plus particulièrement en lien avec la maladie chronique, et de l'évolution possible du fonctionnement de l'entreprise. Sur ce dernier point, nous avons examiné précédemment les différentes approches possibles de l'entreprise vis-à-vis de la santé au travail, du handicap et du maintien dans l'emploi. Néanmoins, il ne faut pas omettre les évolutions rapides de l'entreprise, les "transitions successives, rapides dans les processus de travail avec les perturbations impliquées". Launis et Pihlaja (2007) soulignent l'ajout possible de confusion par les professionnels de la santé, de la sécurité, de l'ergonomie et du développement personnel, si ces derniers ne prennent pas en compte des asynchronismes possibles dans les situations à évolution rapide mais utilisent" les concepts usuels de prévention en matière de santé et de sécurité", n'intégrant pas des dimensions temporelles.

D'autre part, l'épisode IME est constitué pour partie de décisions et d'actions, ne relevant pas du champ d'action de l'ergonome, avec un niveau d'informations fluctuant et sans possibilité d'action affirmée dessus. Ces décisions sont prises et réalisées par des acteurs plus ou moins accessibles à ce dernier, tels que le chargé SAMETH ou le médecin conseil de la sécurité sociale.

Ce processus "maintien dans l'emploi" pour l'ergonome fait partie des situations de travail ayant cette caractéristique commune : le fait que la situation évolue en absence d'action de l'opérateur (Samurçay et Hoc, 1989). Ainsi la gestion du temps est particulièrement importante pour cet opérateur confronté à un environnement dynamique car dans cette classe de situation, une non-action peut amener à changer le problème initial à résoudre et parfois à le rendre plus complexe (Cellier, 1996). Plusieurs dimensions sont ainsi à prendre en compte pour l'opérateur vis-à-vis dans ce contexte (Cellier, 1996) :

- Sa distance avec le processus, la nécessité de l'élargissement de son champ de travail. Pour cet opérateur, cela nécessite la construction d'un modèle de ce processus à contrôler à partir de représentations externes plus ou moins exhaustives et compatibles entre elles (Cellier, Eyrolle, & Mariné, 1997).
- La continuité ou non des variables. Pour nous, il pourra s'agir de la poursuite ou non du temps partiel thérapeutique ou de l'avancée du dossier de demande d'invalidité par exemple. L'opérateur doit ainsi cerner les transformations plus ou moins importantes entre l'information originelle et sa représentation externe.
- La dynamique d'évolution du processus avec son rythme, ses délais conditionnant les recherches d'information, les possibilités d'action mais aussi la possibilité d'observer l'effet de ses actions.
- La stabilité ou instabilité du processus, examinée pour éviter toute sortie du processus des limites acceptables. Ce risque d'instabilité implique, pour l'opérateur, une forte activité d'anticipation pour rester dans ces limites acceptables
- la coexistence de plusieurs dynamiques avec l'articulation des différents profils d'évolution. En complément de la connaissance de l'enveloppe temporelle de chacun des sous-systèmes que l'opérateur doit développer, il doit travailler sur l'articulation des différents profils d'évolution. Ce travail lui permettra par exemple "d'assurer une planification des actions compatibles avec l'état futur de la situation globale et ses disponibilités futures" (Cellier, 1996).

Dans cet environnement, on trouve de la multidimensionnalité, de la simultanéité, de l'immédiateté et de l'imprédictibilité des événements qui s'y déroulent (Dessus, Allègre et Maurice, 2005). Un des moyens de maîtriser la dynamique de cet environnement, semble être la planification. En citant Hoc (1987) et Richard (1990), Van Daele et Carpinelli (2001) définissent la planification comme "l'élaboration et/ou l'utilisation des représentations schématiques et/ou hiérarchiques (plans) susceptibles de guider l'activité" avec deux moments de planification possibles :
- lors de la phase de préparation de l'exécution : l'opérateur peut élaborer ou choisir un plan
- lors de l'exécution : l'opérateur peut planifier en temps réel s'il dispose de suffisamment de temps. Il peut aussi corriger un plan ou en changer à cause d'évènements imprévisibles.
Bien entendu la planification ne constitue pas l'essentiel de l'activité de l'opérateur, mais elle va permettre la maîtrise du processus, le maintien de son évolution dans des limites acceptables (Van Daele et Carpinelli, 2001). Ces anticipations nécessitent "d'élaborer et de

mobiliser des connaissances sur l'évolution propre du processus". (Van Daele et Carpinelli, 1996).
Caractériser le processus "Maintien dans l'emploi" comme un environnement dynamique est utile mais insuffisant : chacune de ses composantes, chacun de ses sous-systèmes doivent être étudiés pour savoir comment l'opérateur, ici l'ergonome, examine, se représente, agit sur les différentes dimensions temporelles de ce processus.

3. Un carrefour temporel de dimensions temporelles de différents ordres

3.1. Au sens du parcours biographique

Intervenir pour le maintien dans l'emploi d'un salarié malade chronique impose à l'ergonome d'intervenir dans le parcours biographique de ce dernier. Au sens de Gaudart (2013), "le parcours biographique relève d'un processus continu de transformations." C'est un processus multidirectionnel avec des changements possibles très divers. Ces changements sont issus des interactions entre des temporalités individuelles et collectives, porteuses de transformations qui s'opèrent dans l'environnement. Elle défend une approche développementale stipulant la lecture suivante de la notion de parcours : "entendue comme un accroissement du temps vécu, le parcours révèle une recomposition permanente entre processus de déclin et processus de croissance. Les déclins se traduisent par des difficultés de l'individu à s'adapter à son environnement de travail et à ses changements, et sont le produit des conditions de travail actuelles et passées qui peuvent les accélérer. Le processus de croissance réfère à un élargissement des connaissances sur le milieu de travail."

Ainsi les parcours biographiques, plus précisément, de travail se situent au carrefour de plusieurs temporalités individuelles et collectives. Les dimensions temporelles du parcours biographique se retrouvent dans la caractérisation de la notion de carrière par Arnold (1997) :

- une expérience individuelle permettant au sujet de lier les événements se produisant au cours de sa propre vie ;
- avec une forte composante sociale, en fonction des positions occupées par les individus dans les organisations et dans la société ;
- une expérience pas forcément conçue comme une progression ascendante de postes de travail et de positions hiérarchiques ;
- cette expérience individuelle ne se borne pas forcément au domaine professionnel ;
- la carrière relève de toutes les séries d'expériences qu'un individu organise de manière séquentielle et auxquelles il attribue un sens.

La carrière est faite de transitions de rôles : embauche, changement de travail, changement de poste, période de chômage, départ à la retraite… Fraccaroli et Sarchielli (2007) proposent une modélisation de cette transition de rôle en un cycle articulé en plusieurs phases :

- une phase de préparation dans laquelle le sujet élabore des attentes, développe des désirs, prépare des ressources pour faire face au changement ;
- une phase de rencontre au cours de laquelle le sujet essaie d'interpréter et de donner un sens au nouvel environnement ou à sa nouvelle position ;
- une phase d'adaptation qui comporte un ensemble de changements (personnels et de rôle) pour réduire les écarts entre ses propres caractéristiques et les exigences de la nouvelle position ;
- une phase de stabilisation dans laquelle est atteint un équilibre (précaire et temporaire) entre les caractéristiques du sujet et les exigences du rôle.

Le parcours biographique, la carrière font intervenir des perspectives temporelles futures, pouvant être considérées comme un facteur de mobilisation du sujet dans la définition de projets et dans l'identification de buts. Les aspects cognitifs et conatifs en font partie intégrante.

Comme le spécifient Dupuy, Le Blanc et Mégemont (2006), les pratiques de conseil visant à soutenir l'effort de personnalisation du sujet en transition vers un statut et une identité professionnels durablement satisfaisants, doivent comprendre et tenir compte de la variabilité interindividuelle des rapports au temps. Les hésitations, les pauses, voire les reculs qui se produisent lors de ces moments de transition, souvent considérés comme des écarts à la norme des indicateurs d'un "dysfonctionnement" du processus d'orientation, "traduisent au contraire la progression de ce nécessaire travail de mise en perspective critique des différents objectifs de vie des sujets afin d'éclairer l'évolution de leurs projets et des investissements consentis pour leur réalisation." (Dupuy, Le Blanc et Mégemont, 2006).

Le parcours biographique est un point commun de notre recherche portant sur le maintien dans l'emploi et des recherches portant sur le processus de professionnalisation dans les activités éducatives, formatives et professionnelles. Ces dernières ont permis de faire émerger un modèle articulant trois positions temporelles. Cela touche des niveaux différenciés de l'expérience humaine. La distinction classique macro/méso/micro autorise Roquet (2013) à concevoir les temporalités en prise directe avec des processus sociaux et culturels dans des dimensions à la fois individuelles et collectives.

- "Le macrotemporel relève d'un temps historique, social, de longue durée, d'un temps construit sur une longue échelle qui génère des figures temporelles repérables, datées, inscrites dans des espaces-temps définis." Cette temporalité relève de la culture et de la société. Comme Gaudart (2013), Roquet (2013) soulève le régime d'historicité défini par Hartog (2003, 2012) qui privilégie des relations particulières entre passé, présent et futur, ou encore entre champ d'expérience (relations du passé au présent) et horizon d'attente (relation du futur au présent).
- "Le mésotemporel est une forme de médiation temporelle qui se matérialise par la production d'expériences temporelles collectives, principalement sous la forme

institutionnelle et organisationnelle." Ce type de régime temporel se traduit en dispositifs temporels ancrés dans des contextes socioculturels précis.

- Quant au microtemporel, il "touche directement les individus, les temporalités individuelles ; il s'agit d'expériences temporelles propres à chacun, hétérogènes, reposant sur des espaces de continuité et/ou de rupture biographique, incluant des rythmes, des mouvements différenciés de l'existence." Ces temporalités sont repérables dans les cycles de vie, les biographies individuelles, mais aussi les rapports temporels vécus et construits par les individus. Elles ne peuvent être disjointes des temporalités historiques et institutionnelles.

Le tableau ci-dessous permet une schématisation de cette distinction.

Position temporelle	Nature des temporalités
MACRO	Le temps historique, de longue durée (temporalités historiques)
MÉSO	Le temps contemporain Le temps institutionnalisé (temporalités institutionnelles)
MICRO	Le temps individuel, Le temps biographique (temporalités individuelles)

Tableau 5 : Nature des temporalités et positions temporelles (Roquet, 2013)

L'un des intérêts de ce modèle est la capacité du micro temporel à réinterroger le macro et le méso. Ces différents niveaux ne se construisent pas sur un principe de hiérarchisation, mais sur un principe de simultanéité dans les vécus individuels sur des temporalités aux durées hétérogènes Les positions temporelles (macro, méso, micro) peuvent être définies comme des couches successives de temporalités permettant de saisir ces représentations à un instant "t", de les relier pour qu'elles prennent sens dans la réalité sociale et individuelle.

Cet outillage conceptuel permet de penser les temporalités en mouvement au sein des activités humaines et sociales contemporaines, mais également de saisir les processus de synchronisation / désynchronisation entre les niveaux des temporalités. Cela permet de passer à une réflexion appliquée aux activités temporelles contextualisées.

3.2. Au travers de l'examen des relations santé-travail, d'une approche diachronique

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, le carrefour des temporalités ou des dimensions temporelles existe à travers l'examen du parcours professionnel mais aussi au travers de l'examen des relations santé - travail. Nous nous appuierons sur les travaux de recherche du CREAPT[24] pour alimenter ce propos. Les relations entre travail et santé sont complexes et enchevêtrés : la caractéristique du travail influence plusieurs dimensions de la santé mais

[24] **Centre de recherches sur l'expérience, l'âge et les populations au travail**

l'évolution de la santé peut également jouer un rôle sur le déroulement de l'itinéraire professionnel et dans la réalisation de l'activité. C'est sur ce dernier aspect que nous allons développer notre propos en rapport avec le sujet de cette recherche. Comme l'indiquent Molinié et Pueyo (2012), les approches des relations santé-travail s'inscrivent toujours dans des dynamiques temporelles, à moyen et long terme, tels que les parcours professionnels par exemple.

Les recherches du CREAPT sur les relations entre l'âge, la santé le travail ont contribué à introduire une perspective diachronique en ergonomie en s'intéressant à l'évolution des régulations en fonction des changements liés à l'avancée en âge. La santé n'est pas considérée sur sa seule forme de déclin, uniquement dans le domaine de l'organique mais aussi sur le caractère dynamique de sa construction. Pour citer Laville (1995), " les liens avec le travail passé et présent s'établissent progressivement, sous le double aspect de la santé comme conséquence du travail mais aussi de la santé comme facteur de difficultés ou de facilitation dans la réalisation du travail avec ses effets sur l'emploi (marginalisation-exclusion) et sur le parcours professionnel". C'est sur ce deuxième aspect de la santé que nous allons nous attarder.

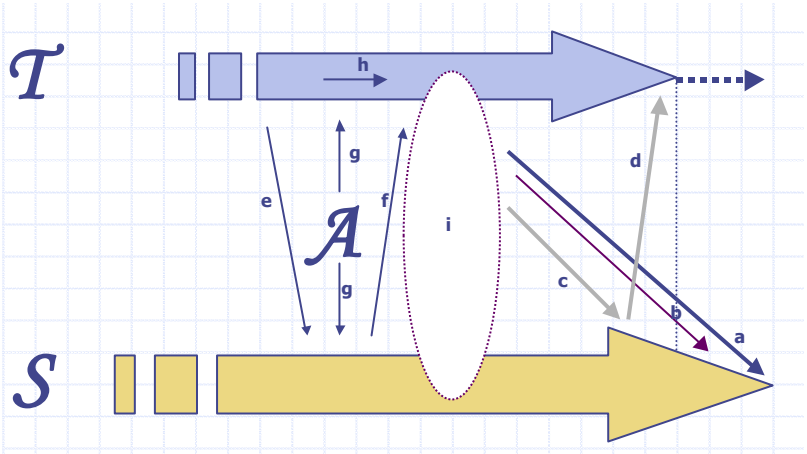


Figure 21 : Schéma général des relations entre travail et santé au fil de l'existence
(Source : adapté de Volkoff et Molinié, 2011)

Sans oublier les relations travail vers la santé, nous nous attacherons davantage aux flèches exprimant les relations partant de la santé vers le travail : les effets de la santé sur le déroulement de la vie au travail (f), et, sur la date et sur les modalités de cessation d'activité (d).

La flèche d interroge l'atteinte des capacités de travail et l'impact de ceci sur les projets et les pratiques des salariés vis-à-vis de la cessation d'activité, surtout si les capacités de travail sont fortement atteintes. Un parallèle est possible pour l'ergonome qui intervient dans le maintien dans l'emploi, ayant lui pour objectif d'éviter la sortie du travail. Cela interroge les modalités d'intervention de l'ergonome sur les projets de vie des salariés depuis sa fenêtre d'intervention.

La flèche f évoque l'activation de dispositifs par les médecins traitants et les médecins du travail pour le maintien au poste de travail, ce qui nous rappelle fortement les caractéristiques de ce que nous définissons comme l'épisode "Intervention Maintien dans l'emploi". L'usage de ces dispositifs peut dépendre de l'âge et de l'ancienneté (Volkoff et Molinié, 2011). Indépendamment de ces dispositifs formalisés, l'influence des variations de santé sur la vie au travail s'exprime au travers dans trois directions : les mécanismes de sélection, le retrait du poste et la conservation de poste "malgré" les déficiences du salarié concerné.

Selon la flèche g et le repère "Activité", l'activité de travail est reconnue comme médiatrice dans les relations travail-santé (Molinié et Pueyo, 2012), et ce par des régulations qui ont pour but " d'équilibrer ou de rééquilibrer les interactions milieu-individu compromises par des perturbations" (Weil-Fassina, 2012). Mais n'est-ce pas l'objectif de l'ergonome quand il intervient pour un salarié malade dont le maintien dans l'emploi est en jeu ? Pour paraphraser Molinié et Puyeo (2012) : "Comment qualifier les évolutions des régulations eu égard aux changements liés à" l'évolution de la maladie chronique [25] ?

En complément de l'impact de la gestion de la maladie dans le travail évoqué précédemment, il y a les effets de la maladie dans la réalisation du travail. L'ergonome est sollicité quand les difficultés deviennent visibles et difficilement gérables, quand les salariés ne parviennent plus à déployer des stratégies "intégratrices", c'est-à-dire les stratégies qui permettent de conformer, de maîtriser la situation, de sorte qu'elle soit plus "à leur main", et de gagner en efficience (Molinié et Pueyo, 2012). Aussi l'ergonome ne doit-il pas appréhender ce point de bifurcation (Hélardot, 2006) où les stratégies intégratrices ne suffisent plus ? Ne doit-il pas examiner le déploiement au fil du temps et le renouvellement de ces stratégies par le salarié, pour lequel il intervient afin de permettre à ce dernier d'en développer de nouvelles, selon l'organisation du travail définie par l'intervention ?

L'activité de travail est le lieu d'intégration des contraintes de travail mais aussi de la santé. Ainsi les recherches ergonomiques, sur le vieillissement au travail ont permis de mettre en exergue des stratégies individuelles et collectives liées à l'expérience (Volkoff, et Molinié, 2011). Trois grandes catégories de stratégies en lien avec l'avancée en âge et l'expérience ont été identifiées :

- Les stratégies temporelles, comme l'anticipation ou la préparation
- La construction et l'utilisation du collectif
- Les stratégies de maîtrise avec des recherches de stabilité, de continuité, favorisant l'utilisation des compétences acquises mais aussi avec un "élargissement du champ des évènements possibles" pour être prêt à faire face.

[25] "à l'avancée en âge?" (Molinié et Pueyo, 2012)

Cette approche diachronique des dimensions santé-travail permet d'appréhender comment le travail influence les différentes dimensions de la santé mais aussi comment l'évolution de la santé influe sur le déroulement de l'itinéraire professionnel (Volkoff et Molinié, 2011).

3.3. De la caractérisation des dimensions temporelles aux dyschronies

3.3.1. Une caractérisation des dimensions temporelles, par l'écologie temporelle

Grossin (1996) permet d'établir une caractérisation utile à notre recherche pour qualifier les dimensions temporelles impliquées dans le processus "Maintien dans l'emploi", avec ce qu'il nomme : cadre temporel, milieu temporel et culture temporelle.

Le cadre temporel est défini par lui comme une portion de temps délimitée. "L'image élémentaire du cadre temporel (une géométrie enfermant une substance) ne préjuge ni de la dimension de la géométrie, ni de la qualité de la substance." Appréhender un cadre temporel est d'autant plus aisé qu'il présente des limites nettes, une étendue réduite et un contenu structuré. Plusieurs cadres temporels peuvent s'imbriquer, de manière étroite et corrélativement, l'un rythmant, entraînant l'activité d'un autre. L'imbrication des cadres temporels conditionne tout autant leurs acteurs que leurs activités.

La deuxième notion de milieu temporel est moins évidente. Des temps divers existent en grande abondance. Il faut plusieurs de ces temps pour constituer le milieu temporel. Grossin (1996, pp.41-42) cite l'exemple de l'homme en tant qu'être vivant pour expliciter ce qu'est un milieu temporel. Plusieurs temps coexistent en lui, qui assurent son existence. Ils se mêlent, s'entremêlent, se conditionnent, se répercutent les uns sur les autres. Ainsi le corps humain s'entretient en vie. Il cite les temps suivants : ceux de la respiration, du cœur, de la digestion… Ces temps existent dans un même présent, sont rigoureusement synchronisés et interdépendants les uns des autres.

Les cadres et milieux temporels portent sur des temps réels, naturels et construits, sur leur agencement. Mais il y a également les cultures temporelles, toutes différentes les unes des autres. La culture temporelle implique des jugements sur les comportements et les attitudes vis-à-vis du "temps". Grossin (1996) cite la culture temporelle de la société industrielle par rapport à l'évolution au cours des siècles des coutumes et attitudes, en fonction de la tradition.

Le tableau ci-dessous permet d'apporter des précisions complémentaires sur la caractérisation de ces dimensions temporelles, par comparaison entre elles.

CADRES TEMPORELS	MILIEUX TEMPORELS	CULTURES TEMPORELLES
Rigides	Souples	Variables.
Imposés	Libres	Issues du jugement des comportements et des attitudes à l'égard du "temps".
Restreints, unicistes, réducteurs	Étendus, pluralistes, extensibles	Différentes les unes des autres
Fermés	Ouverts	Conforte la pluralité des temps.
Réguliers, réitérés	Changeants, modifiables	Issues des représentations collectives, des pratiques, des attitudes des coutumes, changeantes au cours des siècles, relevant d'une tradition, transmise d'une génération à l'autre.
Imbriqués en configurations	Associés sans rigueur	Des idées des valeurs reçues de la Société.
Construits Sur des mesures d'horloge	Sans rapport étroit Avec un ordre chronologique	Passés et futurs pas forcément dissociés des présents.

Tableau 6 : Caractéristiques comparées des dimensions temporelles inspirées de Grossin (1996)

Par rapport à cette caractérisation, Grossin (1996) spécifie, que pour l'étude des temps, il est nécessaire de distinguer leur réalité de leurs représentations. Les représentations temporelles seront développées en partie 4 de ce chapitre.

En repartant des catégorisations de Grossin (1996, p.30) et de Roquet (2013), il nous semble possible de constituer une catégorisation spécifique des dimensions temporelles impliquées dans le maintien dans l'emploi.

Tableau 7 : Catégorisation des dimensions temporelles du processus "Maintien dans l'emploi", à partir de celles de Grossin (1996) et de Roquet (2013)

Caractérisation des dimensions temporelles selon l'écologie temporelle (Grossin, 1996)	Nature des temporalités et positions temporelles (Roquet, 2013)	Dimensions temporelles du processus "Maintien dans l'emploi"
Culture temporelle	Macro Le temps historique, de longue durée (temporalités historiques)	Politiques publiques et législations portant sur le handicap, la maladie chronique et santé travail. Évolution des représentations de la société vis-à-vis de ces thèmes. Justice sociale.
Cadres temporels	Méso Le temps contemporain Le temps institutionnalisé (temporalités institutionnelles)	Épisode IME Fenêtre d'intervention *Histoire longue de l'entreprise*
Milieux temporels	Micro Le temps individuel, Le temps biographique (temporalités individuelles)	Histoire longue du salarié *Histoire longue de l'entreprise*

L'histoire du salarié est ici considérée comme relevant du milieu temporel, naturel et individuel en lien avec son déroulé biographique et l'évolution de sa maladie, objet de notre recherche.

Le positionnement de l'histoire longue de l'entreprise s'avère ambigu. Si l'on considère l'entreprise comme une entité globale, unique et non le collectif interne à l'entreprise, elle aussi peut être considérée comme un milieu temporel. Mais cela est sans compter les diverses réglementations qui régissent son fonctionnement, comme le Code du Travail ou les impératifs gestionnaires, qui font plutôt penser à un cadre temporel. L'histoire longue de l'entreprise est donc un intermédiaire entre le cadre temporel et le milieu temporel, entre le micro et le méso.

L'épisode IME et la fenêtre d'intervention ergonomique sont des cadres temporels plutôt actifs, structurés.

L'épisode IME est lui, tout à fait un cadre temporel construit, par des exigences réglementaires, institutionnelles et sociales, avec un élément déclencheur. Il y a des délais à respecter, des retards, des accélérations. Il est à la fois individuel car à destination d'une personne mais encore plus collectif car impliquant une multitude d'acteurs. Sa limite temporelle est définie par l'"arrêt" à un moment donné de la "prise en charge" du salarié.

L'intervention ergonomique constitue, elle, un cadre temporel construit, collectif, défini, précis, d'où la dénomination de "fenêtre d'intervention" ergonomique. Car l'ergonome est sollicité à un moment donné et l'intervention ne peut se poursuivre indéfiniment, même si elle peut se renouveler…

Déterminer si les cadres temporels sont plutôt subis ou choisis est chose complexe : cela dépend de l'adhésion des différents acteurs au projet de maintien dans l'emploi, du salarié, à l'entreprise en passant par le médecin du travail.

Enfin, il est difficile, voire impossible de caractériser les temporalités selon un empan temporel (un mois, un an…), hormis les cadres temporels qui peuvent l'être par des exigences réglementaires et institutionnelles.

Bien évidemment, les politiques publiques et l'évolution de la législation portant sur le handicap, la maladie chronique et santé - travail, l'évolution des représentations de la société vis-à-vis de ces thèmes, la justice sociale, ont une importance non négligeable dans le processus "Maintien dans l'emploi". Relevant de la culture temporelle et du macro, elles seront moins étudiées dans cette recherche, même si elles constituent des aspects contextuels importants.

Du fait de l'ambigüité portant sur l'histoire longue de l'entreprise, nous retiendrons la dénomination de "dimensions temporelles" pour les histoires longues de l'entreprise et du

salarié malade chronique et conserverons "cadres temporels" pour l'épisode IME et la fenêtre d'intervention de l'ergonome.

3.3.2. L'occasion d'un carrefour temporel

Sivadon et Fernandez-Zoïla (1983, p.13, 58) définissent l'individu comme un *carrefour temporel*, traversé par des temporalités multiples, et acteur du temps. Il est siège et producteur à la fois d'une multiplicité de temporalités. Cela concorde bien avec notre objet de recherche : le maintien dans l'emploi d'un individu donné, malade chronique de surcroit.

Ainsi le temps humain oscille ainsi entre des deux positions :

- Celle d'apparaître comme un *temps-cadre*, un temps spatialisé fourni par les montres et le calendrier, temps auquel les êtres humains doivent s'adapter, le temps biologique ;
- et celle d'un *temps-action* fait par l'être humain lui-même « qui répond de son adéquation intérieure et extérieure ». Ce dernier temps est produit par chacun dans les diverses circonstances de la vie et tout au long de l'histoire ; ce temps des gestes et des comportements baigne dans le temps social.

L'individu traversé par les temporalités multiples, produit un temps à lui que simultanément il doit faire et s'approprier (Sivadon et Fernandez-Zoïla, 1983). L'activité de travail de cet individu révèle cette double facette du temps. Elle est temporalisée, empreinte des temporalités qui la cadrent. Et elle se caractérise par un processus de temporalisation, par une production temporelle qui lui est propre, qui se confronte − sinon s'affronte − aux temporalités-cadre. Cette temporalisation est relative au sens du temps, aux modalités de circulation dans les catégories du temps donnant sens aux actions et elle se joue dans l'activité. A la jonction de ces deux fonctions, comme siège et productrice de temps, l'activité correspond "à un processus de régulation de temporalités multiples, macro, méso, micro, collectives et individuelles, pour la création d'un temps à soi, d'un temps sur lequel on a la main. C'est une recherche d'alliance durable entre un temps exogène et un temps personnel, alliance qui sans cesse se recompose quand les repères historiques, sociaux, collectifs ou individuels se modifient."(Gaudart, 2013, p.130). Nous retenons cette acception de l'"activité" pour alimenter notre objet de recherche.

3.3.3. Mais le risque de dyschronies existe

Mais le temps du monde social, le temps historique, les temps des autres et le temps à soi peuvent ne plus coïncider, se décaler ou s'affronter. Cela rejoint la disjonction de temporalité définie précédemment comme la rupture de synchronicité entre la temporalité du malade et celle de son entourage, ici professionnel ou familial (Pourtau, Dumas & Amiel, 2011).

Mais essayons maintenant de caractériser ces discordances temporelles (Gaudart, 2013) qui peuvent s'opérer. Les dysfonctions du système ne sont pas directement liées aux

oppositions ou incompatibilités entre les différents éléments dudit système mais au fait qu'ils ne participent pas à la même temporalité. Le problème est lié au fait que les différents éléments du système n'évoluent pas au même rythme, ce qui provoque des rencontres non synchroniques impliquant des problèmes de fonctionnement ou d'évolution globale, appelés des dyschronies par Alter (2000). Il existe ainsi des « dyschronies » entre acteurs et structures, entre structures ou entre acteurs. Les mouvements n'y sont pas synchrones. Les dyschronies se caractérisent quand les temporalités relèvent d'un « flux de transformations qui ne sont pas au même état de développement et qui ne se développent pas selon les mêmes logiques » (Alter, 2003, p. 489). Ces conflits de temporalités peuvent induire des problèmes de fonctionnement et d'évolution globale (Alter, 2003). L'ergonome va devoir gérer l'impact de ces dyschronies et essayer de redonner le même mouvement. Il sera donc intéressant de déceler les stratégies associées à cette gestion.

3.3.4. Un objectif pour l'ergonome : la recherche de l'équation temporelle

Dans le cadre du maintien dans l'emploi, l'ergonome recherche un équilibre pérenne sur différents plans et est ainsi confronté à un carrefour traversé de dimensions temporelles de différents niveaux, tant au niveau de la trajectoire professionnelle et biographique qu'au niveau des relations santé - travail.

L'ergonome va chercher à établir une équation temporelle (au sens de Grossin (1995)), concordante en prenant en compte chacune de ces variables. "Il s'agit d'une formule regroupant des données identifiables ressortissant à l'appartenance culturelle, au groupe social, à l'âge, à l'éducation, aux longues pratiques, et à des inconnues, en l'état actuel de nos investigations et de nos savoirs. Il s'y trouve des invariants fondamentaux et des variables capables de réorganiser l'architecture interne de l'état temporel de l'être, un état tantôt constructif, tantôt réceptif. Le terme d'équation temporelle suggère que cet état interne changeant pourrait trouver correspondance et satisfaction dans un agencement temporel externe qui lui convienne." (p.125). Les caractéristiques de l'équation temporelle proviennent pour beaucoup des temporalités professionnelles vécues (p.129). Aux caractéristiques communes, plus ou moins partagées, de l'équation temporelle de base, s'ajoutent des données plus particulières qui relèvent de l'individu, de son état physique, physiologique, mental, de son âge. La qualité la plus élémentaire d'une équation temporelle est de donner à la personne le sentiment de son existence.

Une équation temporelle (pp.145-154) est composée de plusieurs éléments :

- *L'orientation temporelle* se constitue à l'aide des repères habituels. Elle est la faculté de se représenter ses actes et dépend de la structure plus ou moins affirmée de la vie courante. Elle dépend du rattachement à la vie courante, au passé personnel. Cela peut aller de la désorientation temporelle complète à l'orientation précise.
- *L'horizon temporel* est constitué par deux dimensions temporelles associées au présent : l'étendue du passé évoqué et l'étendue du futur envisagé. Cela s'échelonne

de la quasi-absence d'ancrage dans quelque passé ou futur que ce soit, aux perspectives les plus vastes, les plus fondées, les plus sûres.

- *La disponibilité* se définit comme l'ouverture des temps de la personne aux temps d'autrui, mais aussi comme l'admission dans sa vie quotidienne et ses occupations ordinaires, des interférences, des intrusions, de l'inattendu, des imprévus. L'indisponibilité, voire l'asociabilité s'opposent à la disponibilité de tous les instants.
- *La gestion temporelle* de temps à disposition de l'individu, s'applique aux temps extérieurs, collectifs et personnels. Elle programme les activités, répartit les temps de la vie courante selon les nécessités. "Une bonne gestion temporelle ne compte pas seulement en heure d'horloge mais ne se limite pas à la construction d'emploi du temps. Elle agit sur les interférences, conjonctions et interactions temporelles et leurs effets, sur les temps pluriels complexes, leurs regroupements et limitations dans les cadres temporels, leur appartenance à des milieux temporels. Elle situe les temps personnels parmi l'ensemble des autres temps. Une bonne gestion temporelle de type écologique reconnaît forcément la pluralité des temps en vue de les organiser au bénéfice d'un groupe ou d'un sujet."(p.149).
- *La création temporelle* s'exprime notamment par les activités de loisir individuel. Chaque individu a besoin de produire des temps, relevant de ses décisions, pour les gérer.

D'une équation temporelle dite positive, découlent une bonne orientation temporelle, un horizon temporel avec un individu capable de se créer ses propres temps, de les organiser et de se montrer particulièrement disponible. De ce type d'équation dépend une vie saine et satisfaisante.

La composition de l'équation temporelle nous semble être une grille de lecture, de compréhension de la situation, intéressante, que l'ergonome intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi, et plus particulièrement pour des salariés malades chroniques, pourrait utiliser.

3.4. Des dimensions temporelles intégrées dans l'analyse ergonomique

L'analyse par les temporalités permet, au sens de Gaudart (2013), d'enrichir l'analyse ergonomique du travail en donnant la possibilité de situer socialement et historiquement l'activité. Cela s'exprime dès la demande d'intervention. L'auteure stipule que l'analyse de la demande permet d'inscrire les points de vue des acteurs dans des temporalités entendues comme porteuses de points de vue sur le temps, initiant ainsi une analyse du travail sous l'angle des temps pluriels. En reprenant les 3 pôles nécessaires pour la dynamique de l'analyse du travail par l'ergonome (Daniellou, 1998), elle oriente l'analyse du travail vers la question des temps pluriels : pouvoir agir sur les temps, pouvoir penser les temps pluriels et pouvoir en débattre. Cette orientation d'analyse du travail par l'ergonome nous semble des plus adéquates pour notre recherche.

L'approche proposée par Gaudart (2014) par les temporalités implique d'analyser l'activité dans ses dimensions sociale et historique et de lui attribuer une fonction psychologique, celle de la production d'un temps à soi, ceci en prenant en compte la caractérisation de l'activité en un carrefour temporel selon Sivadon et Fernandez-Zoïla (1987), déjà citée. C'est dans la tentative toujours renouvelée de pouvoir sur le temps que l'activité se développe, dans un processus de régulation, voire d'affrontement, entre une temporalité linéaire et chronologique, celle du cadre de travail, et une temporalité individuelle et subjective qui circule dans les catégories du temps, présent, passé et avenir. Dans cette vision développementale, l'activité, inscrite dans le présent, devient le lieu d'un dialogue permanent entre passé et futur, entre champ d'expérience et horizon d'attente (Gaudart, 2013).

L'analyse par les temporalités (Gaudart, 2014) permet d'enrichir l'analyse ergonomique du travail en donnant la possibilité de situer socialement et historiquement l'activité. Cela permet de mettre à jour les relations dyschroniques potentielles. Situer socialement et historiquement l'activité de travail implique une approche systémique et diachronique élargie, là où l'analyse ergonomique plus traditionnelle du travail la circonscrit au niveau de l'entreprise. Dans cette perspective temporelle, l'ergonomie situe les temps multiples au cœur de son analyse du travail, lui conférant une épaisseur temporelle (Gaudart, 2013).

L'analyse du travail sous l'angle des temps multiples, réalisée de manière diachronique et synchronique, apporte au sens de Gaudart (2013), "une grille d'analyse opérante pour la compréhension de la demande et les configurations temporelles qui s'opèrent face à un changement ou un problème."(p.223).

4. Des représentations temporelles à la mémoire collective

4.1. Des représentations temporelles utiles à la décision et au conseil

De façon à profiter des apports de la recherche de Demoulin et Murphy (2005) sur les représentations temporelles et la décision, nous faisons une analogie entre le conseil en orientation scolaire et l'intervention ergonomique. Dans ces deux activités de conseil, plusieurs temps s'entremêlent, chacun avec sa dynamique propre, chacun, tout à la fois donné et construit. Il peut être "donné" et exogène car il échappe à l'intervenant qui n'a pas de prises sur lui (une échéance impérative par exemple). Il peut être "construit" et endogène, dès lors que l'intervenant peut moduler un rythme ou une durée mais aussi "co-construit" lorsque la temporalité, ici du conseil, résulte d'un compromis, explicite ou non, entre l'intervenant et les acteurs pour et avec lesquels il intervient.

Demoulin et Murphy (2005) définissent les représentations temporelles comme "des constructions mentales, tant cognitives que sociales, dont le temps est l'objet. Ces représentations portent à la fois sur le temps en général (ses qualités, sa valeur…) et sur la temporalité du processus concerné (ces moments, son rythme…)." Cette reconstruction mentale d'un objet permet de préparer à l'action, de prendre des positions. Elle s'appuie sur

des informations fragmentaires, procédant souvent par généralisation du particulier. Elles sont constituées par une forte dimension évaluative avec des modalités de jugement et de comparaison. C'est au travers de l'expérience vécue que l'opérateur éprouve le temps et élabore des représentations. Les représentations temporelles sont aussi des organisateurs sociaux. En effet pour penser et nommer le temps, chacun de nous utilise des référents qui ne sont pas propres à chacun, mais qui sont en usage dans la société et dans la culture. Ces référents partagés sont nécessaires à la vie sociale : ils rendent possible la synchronisation des activités, constituent des bases de communication ou encore permettent l'élaboration d'une mémoire collective. Ces représentations mettent en jeu des fonctions cognitives de complexité variable. Ainsi Cellier, De Keyser et Valot (1996) se sont intéressés au raisonnement temporel dans les situations dynamiques, dont l'évolution dépend à la fois des actions de l'opérateur et de leur dynamique propre. Se représenter le temps, c'est aussi se représenter soi-même dans le temps. Si les représentations temporelles supposent quelque capacité cognitive, elles impliquent nécessairement une dimension conative (Demoulin et Murphy, 2005).

4.2. La mémoire collective ou sociale, meilleure expression de ces dimensions temporelles

Ramos (2008) rappelle un apport de la recherche en psychologie sociale important pour notre propre objet de recherche : la mémoire sociale. Pour définir la mémoire sociale, l'auteure emprunte leur définition à deux auteurs Laurens et Roussiau (2002) : " la mémoire sociale désigne un ensemble de représentations sociales concernant le passé : l'image du passé est produite, conservée, élaborée et transmise par un groupe à travers l'interaction de ses membres" (2002, p.108). En valorisant cette définition, Ramos spécifie que la mémoire de la situation est vivante. Elle ne peut exister que par la présence de personnes qui se souviennent et sont porteuses d'un discours audible sur le passé. Le fait de pouvoir raconter le passé pour comprendre le présent semble être un élément essentiel de prise en compte des dimensions temporelles en lien avec le maintien dans l'emploi.

Au travers des apports de ce chapitre, dans le cadre spécifique d'intervention de l'ergonome, il nous apparaît que ce dernier doit tout à la fois gérer un projet et superviser un environnement dynamique où il doit anticiper des dyschronies voire les gérer. Pour cela, il nous semble légitime de considérer qu'il cherche à se constituer des représentations temporelles, et à faire appel à la mémoire collective. C'est pourquoi, comme on le verra, nous nous intéresserons à la façon dont il construit sa propre compréhension du « carrefour temporel », qu'implique l'intervention pour le maintien en emploi d'un salarié malade chronique. Selon nous – et nous nous expliquerons sur ce point – cette compréhension peut être appréhendée sous l'angle du parcours biographique et/ou par l'approche diachronique des relations santé-travail. L'orientation de notre recherche, notamment la définition du processus "Maintien dans l'emploi", a également été fortement conditionnée par les catégorisations des dimensions temporelles, et par l'enrichissement de l'analyse ergonomique du travail par l'analyse des temporalités, proposée par Gaudart (2013); comme le démontrent nos hypothèses de recherche présentées dans les pages suivantes.

Chapitre 7 - Problématique et méthodologie associée : Les dynamiques d'interventions de l'ergonome : une articulation subtile des cadres temporels d'intervention et temporalités de long terme.

Le maintien dans l'emploi d'une personne ayant une (ou des) maladie(s) chronique(s) évolutive(s) est une situation de haute complexité par des implications professionnelles, juridiques, sociales et relatives à la sphère privée, concernant une multitude d'acteurs qui communiquent de façon plus ou moins efficace et au milieu desquels le salarié lui-même peut se perdre. Le temps, les temps ont toute leur importance dans la diminution ou l'augmentation de cette complexité.

Deux visions, de ces acteurs du maintien dans l'emploi, de cette complexité se côtoient :

- Celle d'un grand capharnaüm dans lequel on ne se repère pas. Chacun des acteurs essaye de faire au mieux mais a du mal à se repérer par rapport à tous les enjeux de cette situation problématique. Un sentiment d'impuissance avec l'impression d'avoir épuisé toutes ses solutions peut s'exprimer au niveau de l'entreprise, et ce encore plus pour les salariés ayant une maladie grave. Ces situations peuvent être considérées comme des cas d'espèce en lien avec la particularité des situations de travail et des situations de santé associées. Cela devient alors purement contingent et incertain voire insoluble dans la représentation des acteurs susceptibles d'agir sur ces situations.

- Celle d'une réduction de la complexité par une volonté de simplification, en se centrant sur la compensation technique. L'une des visions usuelles et admises dans les dispositifs institutionnels est la suivante : l'ergonome vient à un moment donné, apporter son expertise pour déverrouiller quelque chose du côté de la recherche de la solution technique. Et par cela, il va parvenir à lever l'obstacle. Une fois cette adaptation réalisée, c'est réglé, il peut repartir. S'appuyer sur ces compensations techniques est rassurant ; cela est palpable et visible pour les différents acteurs. Des discours de ce type s'expriment : "on a fait quelque chose, c'est bien." "Le problème est réglé, elle a eu son siège ! " Cette simplification à la technique vise une fin au problème.

Dans cette recherche, pour contourner et éviter ces deux pièges (la caractérisation trompeuse du *problème* tendant vers sa simplification ou sa complexification excessive), nous allons étudier comment l'ergonome appelé pour agir sur cette situation ordonne cette complexité. Car il ne fait pas fi de cette complexité mais la décortique et essaye de l'ordonner, pour lui comme pour les autres acteurs, afin de lui donner sens et d'orienter ses actions en conséquence. En prenant en compte les temps du maintien dans l'emploi, il s'agit

de tenir l'idée d'une dynamique d'intervention ergonomique qui implique les ressources propres de connaissances et de réflexions de l'ergonome mais aussi celles des autres acteurs avec lesquels il entre en interaction tout au long de sa présence. Dans cette thèse, **nous cherchons à montrer que la dynamique d'intervention et les processus de compréhensions et d'actions relèvent d'un pilotage efficace et subtil, que nous chercherons à expliquer. Compte tenu des caractéristiques spécifiques des interventions en maintien dans l'emploi de salariés atteints de PCE, ce pilotage intègre des dimensions temporelles particulières. L'analyse de ce pilotage est l'objet de notre recherche.**

Pour l'éclairer, nous proposons de mettre à l'épreuve 3 hypothèses de recherche. La présentation de chaque hypothèse sera accompagnée de la présentation de la méthodologie associée pour l'examiner. Du fait de la complexité de l'objet à étudier, nous avons mis en œuvre 3 types de méthodes de recueil de données pour éclairer nos questions de recherche. Ce tryptique de méthodes de recueil de données, et en conséquence d'analyses, a émergé progressivement, du fait de la complexité de l'objet à étudier, pour en saisir les différentes dimensions.

Daniellou en 1999 a proposé trois familles de méthodologies pour analyser l'activité des ergonomes :

- une démarche de pratique réflexive portant sur les propres interventions de l'ergonome ;
- l'analyse de l'activité de l'ergonome par un autre ergonome ;
- une gestion réflexive de l'intervention où l'ergonome chercheur intègre une équipe d'ergonomes intervenants et met en oeuvre une analyse de leurs actions par le recueil de traces et la réalisation d'entretiens.

Nous avons retenu les deux premières méthodes mais pas la troisième. Car dans le champ du maintien dans l'emploi et dans la structure d'accueil de cette recherche, l'ergonome intervient plutôt avec des acteurs d'autres disciplines. Les seuls cas où deux ergonomes interviennent conjointement sur la même intervention sont des situations de tutorat ou d'intégration d'un nouvel ergonome. Il n'a donc pas été possible de mettre en œuvre cette dernière technique de recueil de données.

A ces trois familles de méthodologies, s'ajoute la simulation d'intervention, que nous avons retenue, mise en œuvre précédemment par Mas (2007) et Tran Van (2010).

1. Le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de PCE, un objet d'intervention multidimensionnel aux multiples contingences

1.1. Hypothèse 1

L'objet de l'action de l'ergonome, le maintien dans l'emploi d'un salarié ayant une pathologie chronique évolutive est un objet multidimensionnel avec de multiples contingences, impliquant des contraintes de temps, des contretemps et des imprévus.

Les différentes dimensions de cette complexité, qui conditionnent l'intervention de l'ergonome, peuvent se décliner de cette façon :

- Des enjeux médicaux forts avec une incertitude sur le pronostic qui est de règle, une souffrance omniprésente pour le salarié et des incertitudes fluctuantes sur l'état du salarié.
- Des implications financières pour l'entreprise et pour le salarié.
- Un risque fort de désinsertion professionnelle par la survenue de la maladie chronique vécue comme un tournant particulier dans la vie personnelle et professionnelle d'un individu.
- Une situation individuelle difficile à comprendre pour l'entreprise, entrainant une possible désorganisation du travail et du collectif de travail
- Des demandeurs multiples pour la même situation, également acteurs de cette situation.

De plus, le cadre de la demande est souvent empreint de délais, ne prenant pas réellement en compte l'objet de l'intervention, avec un même délai pour toutes les situations. L'empan temporel et la volumétrie (nombre de jours pour réaliser l'intervention) de l'intervention sont des caractéristiques de l'intervention, plus ou moins fixées par les demandeurs et deviennent des objets de négociation pour l'ergonome.

Or, le processus "Maintien dans l'emploi", composé de plusieurs dimensions et cadres temporels (étudiés dans notre recherche et que nous expliciterons ultérieurement) constitue en soi un environnement dynamique pour l'ergonome. Un tel environnement se caractérise par le fait qu'il se transforme même lorsque l'opérateur (ici l'ergonome) n'agit pas sur lui (Hoc, 1994). Une autre caractéristique de cet environnement dynamique, et pas des moindres, est l'évolution de la maladie chronique, à la fois source d'imprévisibilités et d'arrêts de travail potentiels en lien avec l'évolution de l'état de santé du salarié, tant au niveau de la dégradation que de l'amélioration de l'état de santé. La temporalité de la maladie chronique évolutive crée une réelle spécificité pour l'intervention ergonomique.

En réponse au cadrage temporel du déroulement de son intervention et à cette caractérisation d'environnement dynamique pour le processus "Maintien dans l'emploi", l'ergonome, pour son intervention s'engage dans une dynamique d'actions créée et parfois subie par ce consultant, mais nécessaire à l'efficience de son intervention. Il n'a pas d'autre choix que de créer une dynamique forte d'actions, d'échanges pendant le temps qui lui est imparti, dans sa fenêtre d'intervention et au vu des aléas et difficultés qui se présentent à lui.

1.2. Recueil de données et analyses : réalisation d'interventions par la chercheuse elle-même consultante

1.2.1. Déroulement

Le premier recueil de données que nous avons réalisé est constitué d'interventions menées par la doctorante, à la fois chercheuse et consultante au sein d'une structure ayant pour partie le fonctionnement d'un cabinet d'ergonomes consultants.

Nous avons réalisé 22 interventions pour des salariés ayant au moins une pathologie chronique évolutive entre octobre 2010 et juillet 2013. Ces interventions ont été menées suivant les règles, us et coutumes du cabinet d'accueil de la recherche.

Les données issues de ces interventions sont basées sur la pratique réflexive. En réalisant ces interventions au sein d'un cabinet, l'ergonome n'est pas seule, agissant de concert lors de l'intervention avec le médecin du travail, le chargé SAMETH, les acteurs de l'entreprise… mais aussi autour de la (des) intervention(s) : des phases d'échanges existent avec une équipe expérimentée, des collègues, et structurent pour partie l'intervention. L'apport et l'implication des collègues se retrouvent à plusieurs moments :

- lors des réunions d'équipe avec l'exposé du premier rendez-vous en entreprise, ce qui permet de réajuster les démarches en fonction des questionnements si besoin,
- lors des relectures de documents tels que les démarches d'interventions, les diagnostics et les comptes-rendus ou rapports d'intervention, soulevant fréquemment des nécessités de précisions, de poursuites d'investigations et questionnant l'objectif du document, en prenant en compte celui à qui il s'adresse.
- Ou de façon plus informelle par des apports de conseils, fréquemment entre deux rendez-vous, par une rencontre et/ou une recherche d'informations en rapport avec l'expérience connue ou reconnue d'un collègue.

L'intervention est pour partie co-construite avec un collectif d'ergonomes. Cette multiplicité d'échanges, de points de vue et de références à des systèmes de pensées différents ont contribué à l'élaboration d'autres hypothèses et à la mise en place d'autres méthodologies. Cet apport collectif, mais aussi la précision des relevés effectués et les analyses orientées sur les faits (ultérieurement explicités), contribuent à réduire la part de subjectivité qui pourrait faire obstacle à la validité scientifique de la méthode.

Chacune de ces interventions a fait l'objet d'un relevé minutieux des différentes étapes, et d'un regroupement des documents utiles à l'intervention sous la forme de dossiers chronologiques : notes prises pendant les rendez-vous ou les échanges téléphoniques, échanges de mails, documents fournis par l'entreprise et/ou le salarié, documents produits par l'ergonome (versions intermédiaires, versions annotées et versions finales). D'autre part, pour certaines (9 interventions), un journal de bord a été rempli au fur et à mesure de l'intervention pour en garder des traces aussi fidèles que possible de l'intervention. Ce que

nous intitulons "journal de bord" combine plusieurs outils conçus par Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross (2010) :

- Le « journal de bord » : un outil de suivi en cours d'intervention pouvant être utilisé dès le premier contact avec le milieu de travail.
- Un « outil d'analyse du contexte » de l'intervention permettant de faire le point sur les aspects sociaux et organisationnels afin d'identifier les leviers et les obstacles à l'intervention.
- La « feuille de route », un outil de définition et de planification de l'intervention, pour y intégrer l'action sur les dimensions socio- organisationnelles des problèmes de SST.
- Un « outil de bilan » de l'intervention permettant de faire le point sur les résultats obtenus.

Sans méconnaître l'intérêt de chacun de ces outils utilisés indépendamment, nous avons choisi de prendre certaines parties de ces outils afin de rendre notre journal de bord non seulement plus aisé à remplir mais aussi plus opérationnel. Ce choix méthodologique s'est avéré judicieux puisque ce journal de bord n'a pu être tenu que lors de 9 interventions sur les 22 réalisées, de par l'intensité de l'activité de la consultante chercheuse et de la charge de travail déjà déterminée par l'ensemble des interventions qui lui étaient confiées. Néanmoins pour chacune de ces 9 interventions, ce journal de bord a permis de garder une trace fidèle des faits et des sentiments éprouvés au moment de l'intervention, ce qui conforte la validité des données récoltées dans ces journaux. Ils ont été remplis au fur et à mesure des interventions, cela constitue donc des matériaux et données d'époques.

Comme l'explicitent Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross (2010), ces outils et en l'occurrence notre propre journal de bord visent à :

- "soutenir la réflexion individuelle de l'intervenant sur ces dimensions sociales et organisationnelles"
- "aider à la formalisation des savoirs d'intervention, par les intervenants eux-mêmes"
- "favoriser la transmission des connaissances et de l'expérience entre les intervenants à cet égard, en particulier entre les intervenants expérimentés et leurs nouveaux collègues."

Notre journal de bord se découpe en quatre grandes parties précisées dans le tableau ci-dessous (la structure complète du journal de bord peut être consultée en annexe 1) :

Tableau 8 : Organisation du journal de bord

IDENTITE DE l'OPERATEUR	CONTEXTE SOCIAL ET ORGANISATIONNEL DE L'INTERVENTION	DEROULEMENT DE L'INTERVENTION	BILAN DE L'INTERVENTION PAR L'ERGONOME
- L'identité du salarié concerné - Poste de travail - Définition du problème de santé - Conséquences sur l'activité professionnelle - Conséquences sur la vie extraprofessionnelle - Éléments sur l'histoire de l'opérateur - Missions de l'opérateur concerné	1- L'origine de l'intervention 2- Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action 3- Les dispositions à agir : les perceptions du « problème » des différents acteurs, leurs enjeux 4- Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème »	- Objectif final de l'intervention et stratégie retenue pour atteindre cet objectif - 1er RDV avec les personnes rencontrées - Déroulement de l'intervention prévu (dates, étapes, durée…) et effectif (étapes + moyens : téléphone, réunion…) - Difficultés rencontrées pour l'intervention - Sentiments de l'intervenant par rapport aux difficultés et aux leviers - Proposition(s) de changement - Informations nouvelles sur le contexte recueillies au cours de l'intervention	- Qu'est-ce que cela permet d'apprendre ? - Qu'est-ce qu'il est possible d'en tirer comme enseignement pour une autre intervention ?

Les données d'époque ont été réunies et articulées suivant les items de ce tableau pour gagner du temps lors de leur traitement ultérieur.

Pour l'ensemble des 22 interventions, les dossiers d'interventions avec toutes les traces d'époques recensées (demande d'intervention, documents d'entreprise, notes de l'intervenant, mails envoyés et reçus, comptes-rendus, avec les versions intermédiaires et devis) ont été conservés, pour toute analyse ultérieure.

1.2.2. Intérêts et justifications de cette méthode

En premier lieu, Il faut noter que la réalisation de ces interventions a permis la construction de la problématique de recherche, plus précisément son affinement. Par ces interventions, en tant qu'ergonome chercheuse, cela nous a permis de découvrir et d'examiner de l'intérieur les différents tenants et aboutissants de la pratique de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi d'une façon générale, et plus spécifiquement pour les salariés ayant une maladie chronique évolutive.

En second lieu, par cette méthode et pour répondre à l'hypothèse que nous avons formulée précédemment, le principe a été de saisir et d'examiner l'intérieur de la fenêtre d'intervention. Qu'est-ce qu'il s'y passe ? Comment cela se passe et ce, avec les aléas possibles et les difficultés que doit concilier l'ergonome ? L'objectif est de produire des données sur la dynamique des interventions et avoir des caractéristiques très précises sur le(s) déroulement(s) de l'intervention ergonomique dans le champ spécifique du maintien dans l'emploi et encore plus précisément pour les salariés atteints de PCE.

Enfin, nous avons cherché à obtenir un échantillon couvrant divers types d'interventions possibles pour des salariés ayant une pathologie chronique évolutive : seront retenus divers secteurs d'activités, différents postes de travail, dans le public et le privé, ainsi que différentes pathologies chroniques évolutives, cancéreuses ou non.

1.2.3. Méthode d'analyse de ces données

Nous avons conçu deux types d'analyse pour traiter l'ensemble de ces données :

- **L'analyse quantitative avec une grille d'analyse d'interventions et une analyse statistique**

Pour construire et réaliser cette grille d'analyse, nous avons dans un premier temps répertorié, à partir des dossiers constitués pour chaque intervention et des journaux de bord, des actions et faits qui sont notés, soit de façon systématique, soit assez fréquemment, par l'ergonome dans ces 22 interventions. Pour réaliser ce relevé, 4 axes sont prédéterminés en lien avec l'orientation de notre recherche : les éléments concernant le salarié, y compris son statut dans l'épisode IME ; ceux concernant l'entreprise ; ceux concernant l'intervention ergonomique ; et ceux concernant la réalisation du travail. Progressivement, par des recoupements, cela a permis de construire des catégories de variables les plus factuelles possibles destinées à caractériser l'intervention ergonomique. Cette grille d'analyse a la forme d'un questionnaire avec des questions fermées, à choix multiples et à filtre (si oui) mais aussi des décomptes. Aucune appréciation n'a été portée en dehors des éléments d'appréciation vis-à-vis de l'intervention par l'ergonome lui-même.

La grille d'analyse comporte plusieurs parties (cf. Annexe 2) :

- Caractéristiques du salarié, de son emploi, de sa situation (limitations, état de santé et situation par rapport à son maintien dans l'emploi) et de ses conditions de travail (65 variables).
- Calendrier d'intervention (63 variables)
    - Écart par rapport à l'attribution de l'intervention (en semaines)
    - Durées de présence prévues et réalisées (en nombre de jours) :
    - "Accidents de calendrier"
    - Éléments impactant le déroulé temporel de l'intervention ergonomique
    - Arrêt anticipé de l'intervention ergonomique
- Activité de l'ergonome : ses actes, ses interlocuteurs, ainsi que par ailleurs ses doutes, dont on se servira à propos de l'hypothèse 3 (200 variables).

Pour chacune des 22 interventions, le remplissage de la grille d'analyse a été réalisé par l'ergonome en charge de l'intervention, à partir des traces d'interventions, des journaux de bord, des échéanciers d'intervention (outils développés pour l'analyse qualitative que nous expliciterons ultérieurement) et de sa mémoire de l'intervention.

Une série de traitements statistiques de divers niveaux a été menée à partir des données issues de la grille d'analyse complétée pour 22 interventions.

Un tri à plat de l'ensemble des variables renseignées nous a permis de connaitre les niveaux d'ensemble, tant des données ayant trait aux salariés concernés et leur entreprise, que de l'interaction déjà existante entre les deux au regard des spécificités de la situation, ou que

des données correspondant à l'intervention de l'ergonome (ses actes, ses interactions…) et à son regard sur celle-ci.

Soucieux de nous rapprocher d'une catégorisation pertinente de ces nombreuses variables, nous avons ensuite réalisé une analyse des correspondances multiples (ACM), construite à partir d'un ensemble de modalités de réponse aux questions sur l'intervention (variables actives) : les divers aménagements proposés ou non par l'ergonome pour la fin de l'intervention[26], des informations sur les rendez-vous (nombre, respect du calendrier, les attentes, leur nature et leur effet perturbant ou non), divers éléments ayant impacté le déroulé temporel de l'intervention[27], des indicateurs numériques (nombre d'appels téléphoniques, de courriels, longueur du compte-rendu), la réalisation ou non de certains actes par l'ergonome[28], ses doutes à l'issue de l'intervention au regard de plusieurs de ses aspects[29], les coûts financiers et humains liés à l'intervention, et les interlocuteurs ou organismes ayant agi ou non pendant l'intervention[30].

Le « paysage » ainsi constitué situe ces différents aspects les uns par rapport aux autres, permettant de dégager des proximités ou antagonismes forts entre certains aspects des 22 interventions étudiées : on obtient ainsi une représentation visuelle des corrélations entre les caractéristiques des 22 interventions renseignées. En effet comme pour toute ACM, l'interprétation se fait ainsi : deux modalités de réponse de la grille d'analyse « se ressemblent » d'autant plus lorsque les interventions associées à l'une sont souvent aussi associées à l'autre. Graphiquement, cela se traduit par la proximité dans l'espace des deux points qui représentent ces deux modalités. Au contraire, plus deux points sont éloignés, plus les interventions associées à l'une des deux modalités ne le sont en général pas à l'autre. Par ailleurs, plus un point est éloigné de l'origine des axes, plus la modalité de réponse associée concerne une minorité d'interventions.

La projection, sur le plan formé par les deux premiers axes de l'ACM, de variables supplémentaires ayant trait aux salariés et leur entreprise (soit au contexte de l'intervention), nous a permis d'obtenir des informations supplémentaires et d'aboutir à la construction de profils. Trois types d'intervention ont ainsi été retenus. Les variables

[26] Aménagements par rapport au mobilier, aux outils et espaces de travail, à l'accessibilité, à l'informatique, à l'organisation du temps de travail, organisationnels et de télétravail.

[27] Arrêts de travail, manque ou défaut de réponse d'interlocuteurs, conditions d'observations, problème de fournisseur, recherche d'aides techniques, évolution de l'état de santé du salarié, reprise d'intervention d'un collègue, changement d'interlocuteur.

[28] Diagnostic, observations de l'activité, échanges prolongés avec les collègues du salarié suivi et avec son responsable direct, la réalisation de dessins, de plans, la recherche de fournisseurs (simple et avancée), mise en place d'essais, sollicitations de devis, explication des aides financières possibles.

[29] Acceptation des aménagements par l'entreprise et leur mise en place, acceptation par les collègues, fait que les préconisations et les aménagements retenus suffisent.

[30] Médecin du travail, Chargé Sameth, Cap Emploi, Mission Handicap, Employeur, DRH, Responsable direct, Médecin conseil, Médecin généraliste, Médecins spécialistes, Assistante sociale, Services techniques, informatiques, achats, Représentants du personnel, AGEFIPH, MDPH, Collègues, Fournisseurs.

supplémentaires introduites dans l'analyse étaient les suivantes : les interventions elles-mêmes, le sexe, l'âge et la catégorie socioprofessionnelle du salarié concerné, son ancienneté dans l'entreprise, sa situation au regard d'une RQTH, les grandes caractéristiques de l'entreprise[31], les investissements récents de celle-ci pour l'amélioration des conditions de travail du service et ses projets en lien avec le salarié concerné, l'existence ou l'absence de limitations de différentes natures[32] chez ce dernier, ses difficultés de santé visibles, l'existence d'une organisation de son travail particulière en fonction de la prise de traitements et vice versa, son mode de communication par rapport à son état de santé dans l'entreprise (selon qu'il en parle ouvertement, avec restriction ou ne veut pas en parler), des précisions sur sa santé dans différents domaines[33], un accident du travail, une maladie professionnelle et leur lien avec l'intervention, l'existence d'une perspective de changement de poste, des éléments justifiant l'action de maintien dans l'emploi[34] et leur présence dans la demande initiale, le temps de travail (plein ou partiel), les différents aspects du travail préoccupants ou non pour l'ergonome et leur évolution lors de l'intervention[35], et enfin les aménagements[36] destinés au salarié déjà faits par l'entreprise et le fait qu'ils aient fonctionné ou non.

Les traitements qui ont suivi se sont basés sur la typologie d'intervention dégagée de l'ACM. Cette typologie a été croisée d'une part avec certaines variables actives de l'ACM, pour caractériser plus précisément et valider la typologie construite, et d'autre part avec d'autres variables de la grille d'analyse, clivantes ou avec une distribution relativement équilibrée entre les modalités de réponse, pour associer les différents types d'intervention à des éléments contextuels.

Pour finir, quelques nuages de points ont été réalisés pour associer graphiquement les variables quantitatives deux à deux, par intervention, et de manière à pouvoir distinguer visuellement les quatre types d'intervention.

---

[31] Secteur, taille de l'établissement et de l'entreprise, et leur dimension (de locale à internationale).

[32] Tout effort physique, port de charges, problème postural, limitation gestuelle, pour saisir des objets, par rapport aux mobilisations/déplacements, visuelle, cognitive, difficulté à se concentrer, fatigabilité, problème d'élocution

[33] Implication dans l'intervention et nature chronique évolutive de problèmes au niveau des appareils ostéo-articulaire, musculaire, neurologique, et en cas de pathologie psychologique.

[34] Risque d'inaptitude, évolution de l'environnement technique et des tâches, adaptation/reclassement.

[35] Par rapport aux efforts et port de charges lourdes, gestes répétitifs, importants déplacements à pied, station debout prolongée, dépasser ses horaires normaux, sauter ou écourter repas ou pauses, manque de liberté d'agir, de coopération, de moyens de faire un travail de bonne qualité, de reconnaissance, et peur de perdre son emploi.

[36] En termes de mobilier, outils et espace de travail, accessibilité, informatique, organisation du temps de travail, aménagements organisationnels et télétravail.

- **<u>L'analyse qualitative avec des échéanciers et des calendriers d'intervention.</u>**

Pour chacun des types d'interventions déterminés précédemment avec l'analyse quantitative, nous avons conçu et réalisé un échéancier d'intervention pour une intervention relevant de cette catégorie. Cela a permis de saisir précisément la dynamique temporelle de ces interventions. Leur réalisation nous a permis d'alimenter et d'illustrer les résultats de cette analyse statistique.

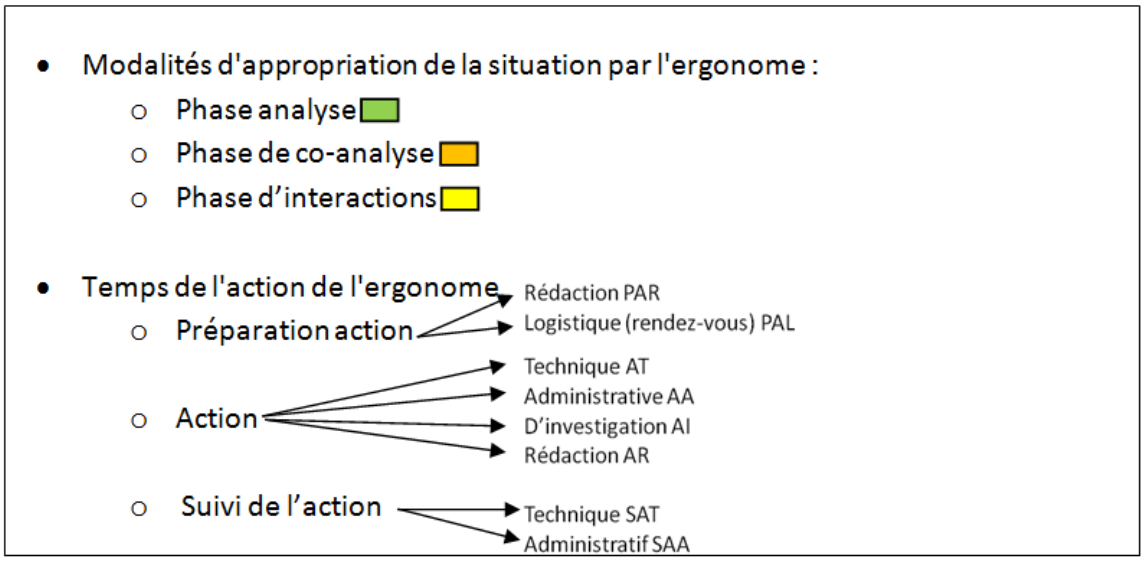
Ces échéanciers retranscrivent le déroulé chronologique d'une intervention avec ses différentes étapes, des plus simples aux plus complexes : rédaction d'un mail, échange téléphonique, réalisation d'une réunion en entreprise, phase d'observation, phase de négociation ou de validation en rapport avec des solutions déterminées collectivement. La forme de cet échéancier est un tableau chronologique (annexe 3) avec différentes parties :

- date,
- intitulé de l'action de l'ergonome,
- description de l'action,
- durée de l'action,
- difficultés du salarié,
- solutions proposées par les autres acteurs puis par l'ergonome.

Les deux dernières colonnes nous ont permis de caractériser l'approfondissement de la représentation de l'ergonome vis-à-vis des difficultés du salarié et nous donnent des indications sur l'élaboration progressive des solutions vis-à-vis de la situation problématique pour le maintien dans l'emploi. La colonne portant sur les difficultés du salarié nous semble nécessaire car en lien avec l'objet direct de notre recherche, la maladie chronique évolutive.

En complément de ce tableau nous avons réalisé des calendriers d'intervention (annexe 3). Très simplement nous avons reporté les différentes étapes des échéanciers sur ce calendrier pour saisir visuellement et faciliter l'analyse de la dynamique d'intervention que nous souhaitions identifier et caractériser. Au niveau de ces échéanciers, nous avons appliqué un codage pour cerner cette dynamique d'intervention. Ce codage comporte deux parties : les modalités d'appropriation de la situation par l'ergonome, et les temps de l'action. Le schéma suivant illustre ce codage.

Tableau 9 : Codage des échéanciers et des calendriers d'intervention



L'intérêt de ce double codage est de comprendre les moments où l'ergonome relance son intervention et les moments de réflexion : ce qui est de l'ordre de l'action et ce qui est de l'ordre des implications et conséquences de l'action. Nous rappelons que cette analyse par échéanciers avec le codage associé s'articule avec les résultats de l'analyse statistique, précédemment exposée, relative aux interventions menées par l'ergonome chercheuse. Les deux types d'analyses permettent un enrichissement mutuel de la compréhension.

Les résultats de ces deux types d'analyses seront présentés dans le chapitre 8 intitulé "L'intervention de l'ergonome dans le processus « maintien dans l'emploi » avec ses multiples contingences".

Deux autres méthodes permettent d'éclairer d'autres hypothèses : la simulation d'interventions par la parole, et des suivis-observations d'ergonomes au cours de leur intervention.

2. L'ergonome cherche à avoir prise sur chacun des cadres temporels et des temporalités du maintien dans l'emploi mais aussi à les combiner.

Dans cette partie, deux hypothèses structurantes de la recherche vont être exposées ainsi que les méthodologies utilisées qui seront combinées entre elles pour répondre aux deux hypothèses.

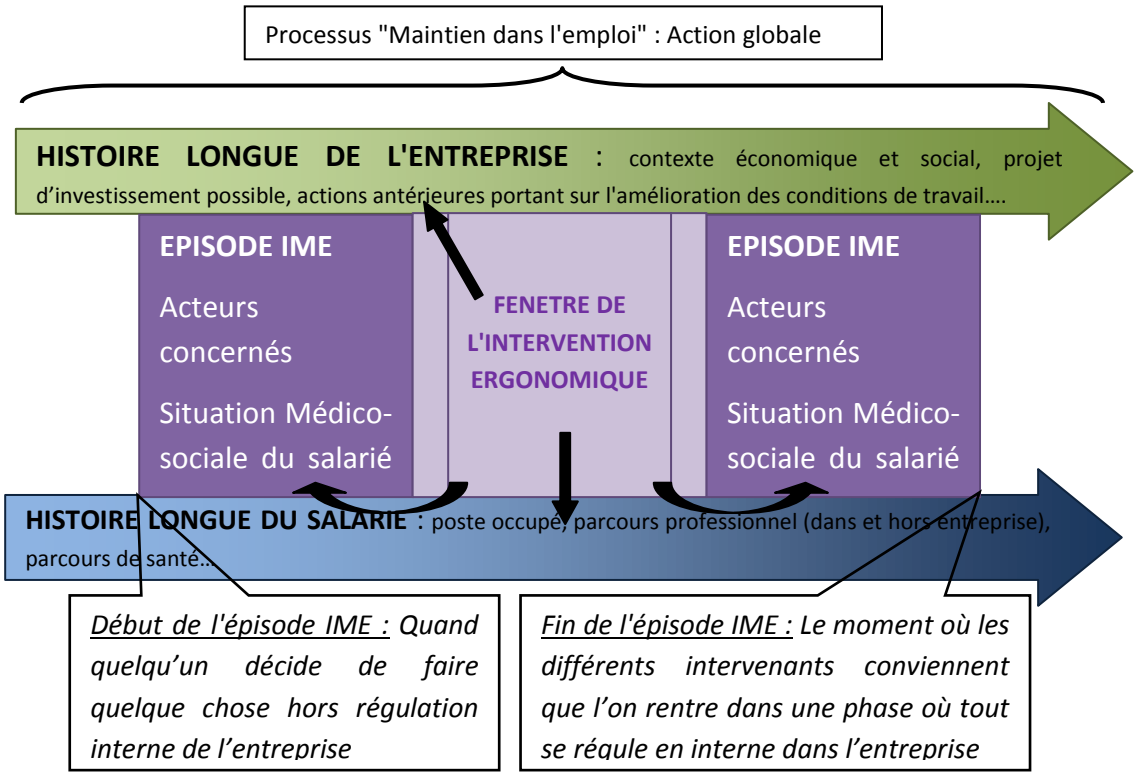
2.1. Formulation des hypothèses 2 et 3 :

2.1.1. Hypothèse 2

Différentes temporalités apparaissent à l'ergonome au tout début de l'intervention : il doit s'en saisir, les comprendre, les (re)construire mentalement, mais surtout les reconfigurer, les retravailler.

Cette recherche permet de poser un modèle schématique du processus "Maintien dans l'emploi" spécifiant la nature des cadres temporels (Interventions IME et ergonomique) et des temporalités (histoires longues du salarié et de l'entreprise) que l'ergonome s'efforce d'articuler.

Figure 22 : Modèle schématique du processus "Maintien dans l'emploi"



A noter :

- L'épisode "Intervention Maintien dans l'emploi" se poursuit pendant l'intervention de l'ergonome, tout comme les histoires longues.
- L'activité de travail du salarié concerné est transversale et se retrouve à l'intersection des 3 dimensions temporelles suivantes : épisode IME (Intervention Maintien dans l'emploi), histoires longues de l'entreprise et du salarié.

Pour caractériser et comprendre cet objet de travail complexe, multidimensionnel, marqué de contingences qu'est la situation où le maintien dans l'emploi est en jeu, l'ergonome cherche à avoir prise sur chacune des dimensions temporelles suivantes :
- l'épisode Intervention Maintien dans l'emploi (IME)
- l'histoire longue du salarié
- l'histoire longue de l'entreprise.

Pour avoir prise sur les dimensions temporelles structurantes au sens de cette recherche, l'ergonome va développer un processus actif de construction de sa représentation mais aussi des modalités d'action sur les leviers qu'il aura pu identifier pour agir sur le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de PCE.

La "subtilité" reste le maître mot de cette démarche pour maintenir les éléments existants positifs, créer l'équilibre favorable au maintien dans l'emploi et promouvoir les actions futures favorables à ce dernier. Agir avec subtilité, c'est développer une aptitude à percevoir les nuances, les rapports, les valeurs. Dans ce cadre, la subtilité, ce n'est pas seulement être astucieux mais savoir mener l'intervention avec discrétion, délicatesse et précision. Cette subtilité semble particulièrement importante dans un cadre d'intervention où la maladie est omniprésente (notamment par rapport à l'acceptation de la maladie et au secret médical) et où une multitude d'acteurs interviennent. Reste à savoir quelle forme prend cette subtilité pour l'ergonome consultant et en réponse à quel événement celle-ci se manifeste

2.1.2. Hypothèse 3

Pour agir de façon efficiente sur le maintien dans l'emploi d'un salarié ayant une maladie chronique évolutive, l'ergonome combine, réarticule, après les avoir identifiés, les cadres temporels et les temporalités, entre eux mais aussi avec sa propre fenêtre d'intervention.

En se saisissant de ces cadres temporels, l'ergonome va tenter de réduire, voire de prévenir les dyschronies entre ces cadres temporels situés hors de sa fenêtre d'intervention. Pour cela, il développe des stratégies, des stratagèmes, pour retrouver une forme d'harmonie et promouvoir des synchronies.

Ces cadres temporels et temporalités peuvent se combiner mais aussi s'opposer. Ainsi la dynamique d'intervention est caractérisée par des arbitrages complexes entre des dimensions temporelles parfois porteuses d'exigences contradictoires.

2.2. Recueil de données et analyse : Entretien de simulation d'interventions par la parole

2.2.1. Déroulement du recueil de données

La simulation de l'intervention par la verbalisation, utilisée dans notre recherche, s'inspire des expérimentations mises en œuvre par Mas (2007) et Tran Van (2010), intitulées "instruction d'une demande d'intervention". Ces deux expérimentations cherchaient à "produire des connaissances sur la pratique des ergonomes" à partir de leur analyse de la demande.

Dans notre cas, plusieurs étapes de l'intervention sont présentées de façon interactive aux ergonomes interrogés : la demande, le premier rendez-vous en entreprise et une première phase d'observation. Cela doit donner une dynamique d'entretien et permettre d'aboutir (au terme de l'entretien) aux premiers éléments de diagnostic, en examinant le processus réflexif pour y parvenir.

La simulation de l'intervention par la verbalisation a permis d'interroger un panel d'ergonomes consultants assez large. La passation de cet entretien a été réalisée sur un échantillon de 14 ergonomes juniors et seniors :

- 7 ergonomes consultants d'un même cabinet
- 5 ergonomes consultants de divers autres cabinets généralistes
- 2 ergonomes exerçant dans un centre de réadaptation

Le principe de ce type d'entretien est de faire dérouler une intervention par la parole, à un ergonome, de la demande d'intervention à la réalisation du diagnostic voire plus. Dans cette expérimentation, les ergonomes interrogés doivent dérouler leur propre intervention, à partir d'une demande d'intervention fournie, puis à partir des éléments de réponse obtenus par leurs différents questionnements à différents acteurs (dont le rôle est joué tour à tour par l'ergonome chercheuse, à la demande de l'interviewé.).

Le principe de l'entretien est basé sur la technique d'information à la demande (Bisseret, Sebillotte et Falzon, 2007) qui consiste "à demander au sujet d'obtenir un certain résultat dans une situation donnée. […] Cependant, au lieu de laisser le sujet agir comme d'habitude, on lui fait demander les informations dont il a besoin au lieu de le laisser les rechercher ou les prendre seul. On présente donc au sujet une situation de départ offrant un minimum d'informations." Cette technique implique ordinairement de disposer de toutes les réponses aux questions qui peuvent être posées. Dans notre cas, lorsque les questions appelaient des réponses de la part d'un autre acteur que celui qui était interrogé, nous avons redirigé l'ergonome vers l'acteur intéressé (identiquement joué par nous-même). Par ailleurs, lorsque nous ne disposions pas de la réponse à une question, nous répondions que nous allions nous informer et nous avons noté avec soin chacune de ces questions, considérant qu'il s'agissait là d'un apport pour notre recherche et pour notre propre technique d'investigation. L'intervieweur (la doctorante) prend le rôle alternativement de la directrice, de la salariée[37], du médecin du travail, de la responsable directe, à la demande de l'ergonome interrogé ; elle essaye de changer les intonations pour le guider.

Pour cette simulation, nous nous sommes basés sur un cas réel, une intervention menée par la doctorante. Le choix de cette intervention se justifie à plusieurs niveaux :

- Une situation très complexe : une salariée ayant une activité physique avec des difficultés issues de PCE multiples et imprécises, assez contraignantes, avec des fortes implications sur le travail, d'une part en termes de capacités d'exécution mais aussi de qualité effectivement réalisée, et d'autre part un retentissement important, au niveau du collectif de travail.
- Une connaissance précise des différentes dimensions de la situation par la chercheuse, grâce au vécu de l'intervention, au dossier de travail constitué à cette occasion et à la récupération du dossier de la chargée de mission SAMETH ayant suivi cette salariée.

[37] Nous usons ici du féminin parce que l'intervention examinée concernait une opératrice (voir plus loin).

La consigne de départ était la suivante :

> *A travers un exemple, je vous propose de dérouler une intervention, la démarche d'intervention en relation avec la situation de Mme INA, afin de pérenniser le maintien dans l'emploi de cette salariée. Je vais vous exposer la situation telle que l'on me l'a présentée, et au travers de vos questionnements et suggestions, nous découvrirons la suite de l'histoire…*
>
> *Vous pouvez me poser toutes les questions que vous souhaitez pour avoir un complément d'information. Je serai à tour de rôle, le médecin du travail, la direction, la responsable directe de la salariée ou la salariée. Vous pouvez bien sûr prendre des notes si vous le souhaitez.*

L'ergonome interviewé a à sa disposition la *demande d'intervention*, et s'il le demande, la *fiche de poste de la salariée* comportant quelques indications sur les aménagements réalisés par l'entreprise avant l'intervention. Lors de ces entretiens, nous avons utilisé des *supports photographiques* pour aider les ergonomes à s'imprégner de la situation et à se représenter les lieux, les outils de travail…. Ces photographies étaient mises à disposition des ergonomes dès qu'ils exprimaient la volonté de visiter les locaux de travail. Quand l'ergonome interrogé évoque la réalisation d'une phase d'observations, une *chronique d'activité* est également présentée, ainsi que la *description d'une journée de travail de la salariée* (issue des données de la phase d'observations réalisée par l'intervieweur, la doctorante). L'apport de ces éléments s'est avéré systématique.

La dynamique recherchée pour ce type d'entretien est le fruit de trois éléments : des facteurs de variabilité, des questions de relances et la possibilité pour les ergonomes interviewés de poser toutes les questions qui leur viennent à l'esprit, avec un apport d'informations progressif par l'intervieweur (ergonome doctorante)

Plusieurs facteurs de variabilité ont été mis en avant pour faire réagir les ergonomes interrogés, au cours des entretiens[38] :

- L'absence physique puis d'implication de la responsable directe.
- Une prise de congés de longue durée pour la salariée, 2 mois après le début de l'intervention.
- Des difficultés non affichées au début de l'intervention : douleurs aux genoux, en plus des vertiges et des impossibilités de se pencher.
- Un enjeu social important : le mari de la salariée au chômage.
- Une diminution notable de l'effectif, de 6 à 2 avec des départs en retraite non remplacés.
- Un médecin du travail très ouvert, indiquant la nature des pathologies.
- Une salariée avec des difficultés de compréhension vis-à-vis de sa prise en charge.

[38] La plupart du temps, ces éléments sont signifiés à l'ergonome interrogé à la suite d'un questionnement.

- Une situation mêlant les prises en charge institutionnelles pour les PCE et pour les suites d'un accident du travail, subi par la salariée.

Des questions de relance sont prévues pour dynamiser l'entretien et faire avancer l'intervention :

- *A la lumière de ces premiers éléments (lecture de la demande), quelle est votre première réaction ? Que faites-vous ? Qui contactez-vous ?*
- *S'il y a contact téléphonique avec le médecin du travail : Sur quels sujets questionnez-vous le médecin du travail ? Que lui demandez-vous ?*
- *Suite à cet échange (avec le médecin du travail ou la chargée de mission SAMETH suivant les cas), que faites-vous ? S'il y a organisation de rendez-vous en entreprise, comment le présentez-vous à l'entreprise ? Qui demandez-vous ? Je suis la directrice, appelez-moi.*
- *Après le recueil de ces informations, que faites-vous ? Une proposition de démarche ? Si vous faîtes une proposition d'intervention, que mettez-vous dedans ?*
- *Quelle serait votre démarche d'intervention ? Que proposez-vous comme étapes ? Quel est le dimensionnement de l'intervention ?*
- *Qu'allez-vous observer ?*
- *Comment présentez-vous les résultats de cette observation ? Que retirez-vous de cette observation ? Comment présentez-vous le diagnostic (si diagnostic il y a) ? Le contenu ? Les éléments mis en valeur ? À qui ?*
- *Comment présentez-vous ce diagnostic ? Quelles analyses et informations privilégiez-vous ?*
- *Comment organisez-vous cette rencontre ?*

Par souci d'homogénéité dans la conduite des entretiens, nous avons constitué un document de travail (récapitulatif des dossiers ergonome et chargée de mission SAMETH, en annexe 4) pour avoir une stabilité dans les éléments de réponse que nous avons fournis aux ergonomes interrogés. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit mot à mot, pour en faire l'analyse ultérieurement.

Remarque : Ces entretiens ont été réalisés à un moment assez spécifique pour les ergonomes intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi (le nouvel appel d'offre AGEFIPH précédemment évoqué), ce qui les a justement amenés à formuler des réflexions sur leurs pratiques et les temps de leurs interventions.

2.2.2. Intérêts et justifications de cette méthode

Cette méthode permet d'identifier ce que les ergonomes ont besoin de comprendre, et de voir assez rapidement les canevas d'exploration de l'ergonome, ses premières questions. Par cette méthode, les ergonomes sont mis dans une situation de semi-laboratoire, facilitant la détection d'un concentré des questions que l'ergonome pose et se pose. Des éléments de compréhension et de diagnostic vis-vis de la situation peuvent ainsi être mis en exergue.

Ce mode de questionnement moins directif, laissant aux ergonomes interrogés plus de liberté dans l'expression, déclenche une démarche introspective de la part de ceux-ci, du type : "qu'est ce que, de façon générale, je suis tenté(e) de faire quand il y a un peu ces ingrédients là ?". Nous retrouverons là des principes d'action.

Malgré tous les avantages ci-dessus exprimés, nous sommes cependant conscients des inconvénients et limites de ce type de méthode, notamment au niveau de la passation pour les ergonomes interrogés. L'ergonome-chercheur a dû prendre le rôle de chacun des acteurs impliqués, ce qui peut être source de confusion pour l'ergonome interrogé. Certains ergonomes interrogés auraient souhaité visionner des vidéos à la place de photographies pour augmenter le niveau de réalisme.

C'est l'ergonome qui a réalisé l'intervention, avec sa propre sélection d'informations pertinentes, qui réalise des apports d'informations au cours de la simulation, issues d'une situation réelle. Ces informations sont alors « colorées» par la perception que le chercheur consultant a eue de la situation. Ainsi, les ergonomes interrogés peuvent malgré eux se comparer, comparer leurs actions à celles de l'ergonome à la fois intervieweur et prestataire de cette intervention.

Ainsi pour aller au-delà du principe d'action, pour saisir les aspects contingents des situations où le maintien dans l'emploi des salariés atteints de PCE est en jeu, des observations et des suivis d'ergonomes consultants ont été réalisés en complément (troisième technique de recueil de données mise en œuvre, voir ci-après paragraphe 2.3).

2.2.3. Méthode d'analyse de ces données

L'analyse retenue pour ces entretiens de simulation est une analyse thématique transversale de l'ensemble des données collectées. À l'issue de la phase de terrain, de la réalisation des entretiens de simulation et de leur retranscription, nous avons établi une grille de thèmes communs à tout le corpus, permettant de coder puis de classer les données recueillies relatives aux pratiques et aux représentations, non plus par entretien, mais transversalement sur l'ensemble des entretiens, du corpus (Alami, Desjeux et Garabuau-Moussaoui, 2013, p.108).

Deux approches sont possibles pour identifier les différentes thématiques. Le découpage du corpus peut être guidé (Vilatte, 2007) :

- soit par une analyse flottante qui permettra de construire a posteriori un modèle ;
- soit par la problématique et les hypothèses du chercheur ou de l'évaluateur et par le respect des principes de l'analyse de contenu.

Nous avons opté pour la deuxième approche avec un codage portant sur les dimensions temporelles identifiées dans la problématique de recherche. L'analyse thématique a clairement été orientée par les deux dernières hypothèses exposées. En effet, les thèmes utilisés ont été prédéterminés par nos axes de recherche. Mais ce premier codage a été

testé et validé avec sa passation sur deux entretiens, avant d'être appliqué à l'ensemble du corpus.

DIMENSION TEMPORELLE CODÉE[39]	DESCRIPTION DU THÈME
Fenêtre de l'intervention de l'ergonome	Déroulement, modalités et conditions d'interventions
Épisode "Intervention maintien dans l'emploi"	L'action préalable ou future des autres parties prenantes en vue du maintien dans l'emploi, y compris l'action de l'entreprise pour le maintien dans l'emploi de la salariée concernée. *Qu'est ce qu'ils ont fait ? - Qu'est ce qu'ils vont faire ?* Les actions engagées pour la gestion de la situation médico-socio-administrative du salarié.
Histoire longue de la salariée	Les difficultés de la salariée Son parcours professionnel et de santé
Histoire longue de l'entreprise	Politiques passées et à venir Évolution de la structure organisationnelle et hiérarchique Évolution de l'organisation du travail (y compris collective), de la définition des tâches. "État de santé" de l'entreprise avec possibilités d'investissements.

Tableau 10 : Premier niveau de codage de l'analyse thématique des entretiens de simulation.

L'analyse a ensuite été précisée avec un codage d'un deuxième niveau : pour chaque dimension temporelle, pour chaque extrait ainsi codé avec le premier niveau, nous avons différencié ce qui relevait des éléments de compréhension de la situation et de diagnostic (EC) de ce qui relevait des principes d'action (PA).

Ce double codage croisé avait pour objectif de faire émerger des résultats de 3 niveaux :

- La construction de la représentation de chaque dimension temporelle par l'ergonome,
- Les stratégies d'actions déduites,
- Les actions réalisées à l'aide de leviers identifiés.

Les éléments codés ont fait l'objet de différents traitements en fonction des hypothèses de recherche. Un exemple d'entretien codé se trouve en annexe 5.

A noter : Nous avons fait le choix de ne pas omettre les moments où l'ergonome interrogé s'adresse directement au chercheur, par des réflexions, ou lorsqu'il argumente avec des exemples car il utilise alors sa bibliothèque de situations, utile à l'élaboration de sa représentation opérationnelle de la situation de la salariée, dans le cadre de l'étude de son maintien dans l'emploi.

[39] Les couleurs utilisées dans ce tableau correspondent aux couleurs utilisées pour la réalisation du codage.

2.3. Recueil de données et analyse : Suivis d'interventions d'ergonomes consultants

2.3.1. Déroulement

La dernière phase de recueil de données s'est réalisée avec le suivi de 4 interventions ergonomiques, pour des salariés identifiés dans la demande d'intervention comme ayant une maladie invalidante.

Tableau 11 : Les 4 Interventions suivies par la chercheuse

Ergonome suivi	Nom fictif salarié	Fonction	Nom entreprise	Activité entreprise
Ergo 6	Monsieur SIAN	Adjoint technique aux espaces verts	JARDINO	Espaces verts d'une mairie
Ergo 4	Monsieur DOUED	Gérant	SERVADOM	Service à domicile
Ergo 5	Madame GALLON	Conseillère emploi	RECRUTO	Agence de recrutement
Ergo 4	Monsieur CLOUNI	Directeur artistique	THEATRO	Théâtre de marionnettes

Pour le suivi de chacune de ces interventions, une autorisation a été sollicitée auprès de chaque acteur de l'intervention, par l'ergonome suivi, avec une garantie stricte de l'anonymat dans l'exploitation des données.

Pour ces suivis, nous avons alterné plusieurs phases de recueil de données, inspirées des travaux de Lamonde (2000)[40]:

- Un "recueil actif de données" avec l'observation des rendez-vous mis en œuvre par l'ergonome. Les verbalisations de l'ergonome et de ses interlocuteurs ont été notées de façon systématique. Pour certaines interventions et certains rendez-vous, il a été possible de les enregistrer puis de les retranscrire, sinon il s'agissait d'un relevé papier-crayon.
- Une saisie de la "réflexion à chaud", juste après les rendez-vous mis en œuvre lors de l'intervention ergonomique, avec entretiens post-hoc, immédiatement après le rendez-vous.
- Après une phase de "décantation", par des entretiens, quelques jours après les rendez-vous, à partir de traces, pour savoir où en est l'intervention (son avancement,

[40] Il faut noter que contrairement aux travaux de Lamonde (2000), aucune verbalisation spontanée n'a été possible. Il a même été envisagé de laisser un dictaphone aux ergonomes suivis, lors des relectures de documents écrits par leurs soins, pour enregistrer leurs interactions avec le collègue relecteur de ces documents. Mais pris dans leurs habitudes ou réalisant ces relectures par téléphone ou dans les transports, il n'a pas été fait usage de ce dictaphone.

les actions entreprises par l'ergonome, les différents contacts eus, aussi bien par mail que par téléphone). Ces entretiens se faisaient à partir des traces suivantes : notes prises par l'ergonome lors des échanges souvent téléphoniques, échanges de mails, documents récoltés dans le dossier de l'ergonome consultant concerné mais aussi notes prises par la doctorante, voire les retranscriptions des entretiens réalisés précédemment.

Les entretiens des deux dernières phases ont été retranscris systématiquement, mot à mot.
Très concrètement, les 4 suivis se sont étalés sur plusieurs mois chacun.

Au cours de ces suivis, nous avons pris le parti de ne pas interagir ni influencer l'intervenant et son intervention, par ce suivi. Notre volonté était de ne surtout pas perturber l'environnement interactionnel de l'intervention, ni interférer, ni troubler l'activité réflexive naturelle de l'ergonome ; de surtout ne pas devenir l'intervenant adjoint (Lamonde, 2000). Mais ce suivi devait maintenir la collaboration avec l'intervenant et laisser à l'ergonome la possibilité d'exprimer les difficultés rencontrées par exemple.

Au cours du suivi de l'ergonome, nous l'avons interrogé sur différents points :

- *avant un rendez-vous ou lors de la préparation d'une nouvelle phase d'intervention* : sur les stratégies qu'il déploie, ses difficultés, les hypothèses qu'il émet.
- *juste après le rendez-vous* : sur les éléments nouveaux découverts, les éléments non prévus, imprévus, sur les faits ayant eu lieu dans le rendez-vous.

Ces investigations ont été constantes et itératives au cours du suivi, toujours basées sur les faits et/ou les données du dossier (papier) d'intervention, à chaque étape pour cerner l'évolution de la représentation de l'ergonome, vis-à-vis de la situation pour laquelle il intervient.

Ainsi, nous avons également recueilli, rassemblé tous les documents constituant le dossier de l'intervenant (notes, devis, propositions d'intervention, diagnostics, comptes-rendus d'intervention, y compris les versions intermédiaires de ces documents), ainsi qu'une version imprimée des mails envoyés et reçus. Ce qui a permis une analyse de ces traces et des contacts réalisés au cours de l'intervention.

Chacun de ces suivis d'interventions s'est clôturé par un entretien de fin de suivi. Il a été réalisé quelques semaines après la fin officielle de chaque intervention, afin de permettre au consultant d'avoir du recul sur sa propre intervention, d'avoir un retour réflexif. Il s'agit d'un entretien semi-directif avec des séquences d'autoconfrontation en guise d'amorce pour relance, avec des saynètes.

Les questions de la partie semi-directive de l'entretien devaient amener l'ergonome à porter un regard réflexif, quasi-évaluatif sur son intervention, sur sa poursuite éventuelle et sur la contribution de ladite intervention à sa propre expérience de consultant. Elles se répartissent suivant 6 parties (le détail des questions se trouve en annexe 6)

- Complexité perçue de l'intervention
- Attentes et critères de qualité de l'intervention
- Actions réalisées et actions à réaliser
- Suites à donner à l'intervention
- Travail avec des collègues ergonomes sur cette intervention
- Contribution de cette intervention au développement de l'expérience de l'ergonome

Ce questionnaire ainsi préparé sert de socle commun d'investigation à tous les ergonomes suivis.

Conjointement à ces questions, par des séquences d'autoconfrontation, nous avons cherché à cerner, à caractériser et à comprendre :

- les modalités d'évolution du déroulé de l'intervention : implantation et délimitation de l'intervention, éléments perturbateurs du déroulement de l'intervention
- la part de l'ergonome dans cette évolution : la planification, les ajustements nécessaires de l'ergonome, les prises en compte des changements de programme, l'anticipation

Un autre critère pour le choix de ces séquences d'autoconfrontation a été les éléments sources d'interrogation pour l'ergonome chercheuse, observatrice de ces interventions.

Chacun de ces extraits ont été choisis et définis, avant les entretiens. Les entretiens ont duré entre 44 minutes et 1 heure 10.

Tableau 12 : Sujets des extraits permettant l'autoconfrontation et questionnement associés.

JARDINO	Extrait 1	*Questions associées*		Extrait 2	*Questions associées*	
	Présentation de démarche d'intervention au premier rendez-vous	*Est-ce que le déroulement de ton intervention a été conforme à ce que tu projetais de faire à l'époque du premier rendez-vous ?*		Une demande initiale sur l'aspect technique et la nécessité de retravailler l'aspect organisationnel par l'ergonome	*Je voudrais que tu commentes ce que tu disais à l'époque et savoir aussi comment s'est développée l'intervention. Est-ce que, du coup, ça a été plus l'aspect organisationnel qui a pris le pas ?*	
	Extrait 3	*Questions associées*	Extrait 4	*Questions associées*	Extrait 5	*Questions associées*
	Fin de l'intervention plus ou moins anticipée du fait des délais imposés (par le financeur) pour la réalisation de l'intervention et de l'absence des plusieurs acteurs : correspondante de la mission handicap et médecin du travail	*J'ai eu l'impression que tu avais une grosse incertitude par rapport au diagnostic, à la poursuite de l'intervention, que tu étais contrainte un peu par les délais de six mois. Est-ce que ça a été l'unique raison pour toi de t'arrêter au diagnostic ? Ou ça a été décidé d'un commun accord ?*	Réflexion de l'ergonome sur l'énonciation des contraintes du salarié en fonction de la fin de parcours professionnel de ce dernier.	*Ce qui m'a questionnée, c'est que, finalement, il y a des éléments en tant qu'ergonomes qu'on identifie, mais on ne les communique pas forcément à tous les acteurs pour pouvoir conserver le salarié, comme tu disais, à son poste. Comment tu as fait pour gérer cela ? Est-ce que tu as quand même intégré ces contraintes après, dans le diagnostic ?*	Modalités d'échanges ultérieurs avec la correspondante handicap de la mission handicap et réalisation de compte-rendu.	*Donc, quand tu m'as parlé à l'époque, tu projetais de faire un compte rendu de réunion plutôt qu'un compte rendu d'intervention…Est-ce que tu as pu le réaliser ? Est-ce que c'était trop coûteux pour toi ? Est-ce que, finalement, l'EPAAST était finie, donc c[e n]'était plus nécessaire ? Qu'est-ce qui a orienté ton choix de le faire ou de pas le faire ?*
	Extrait 1	*Questions associées*	Extrait 2	*Questions associées*	Extrait 3	*Questions associées*
THEATRO	Recentrage de l'intervention sur d'autres éléments que ceux détectés par la chargée de mission SAMETH	*Donc tu as dû retravailler la demande par rapport à ce qui t'était demandé au départ ?*	Choix de l'ergonome d'envoyer le diagnostic en amont pour laisser aux membres de l'entreprise et au salarié le temps de réfléchir aux solutions, surtout organisationnelles.	*Je voulais qu'on rediscute un peu du fait que tu as envoyé le diagnostic en avance. Est-ce que tu le fais tout le temps ? Ou, là, c'est bien spécifique à cette intervention ?*	Réflexion de l'ergonome autour de la dynamique de l'entreprise et de celle de l'intervention.	*Finalement, l'intervention est arrivée au bon moment. Donc penses-tu que l'intervention, elle est arrivée juste à temps finalement par rapport à leurs préoccupations ?*

	Extrait 1	*Questions associées*	Extrait 2	*Questions associées*	Extrait 3	*Questions associées*	Extrait 4	*Questions associées*
SERVADOM	Évocation d'autres aides pour le salarié, plutôt du ressort du SAMETH : RLH, aide au transport, auxiliaire professionnel, accessibilité.	*Qu'est-ce qui t'a amenée à voir la situation plus dans sa globalité, finalement à dépasser un peu ton champ d'intervention, pour travailler sur ces aides-là ?*	Réalisation d'une réunion de point avec le salarié, non prévue initialement dans la démarche d'intervention.	*Alors tu as fait le choix de faire cette réunion de point. Est-ce que tu peux m'expliquer pourquoi ? Et qu'est-ce que ça t'a apporté du coup pour finaliser l'intervention ?*	Crainte de l'ergonome que la rédaction du compte-rendu soit longue du fait de la complexité technique de l'aménagement.	*Je t'ai passé ce passage pour en savoir un peu plus, sur ce que tu as fait entre la réunion de point et la réunion de finalisation… Selon tes souvenirs, as-tu eu le temps de rédiger le compte-rendu comme tu projetais de le faire ? Si non, est-ce que ça t'a posé des difficultés pour la réunion de finalisation ?*	Réflexion de l'ergonome vis-à-vis de la révélation du handicap qui peut être gênante si le handicap est très lourd comme c'est le cas ici.	*Alors, voilà, je voulais revenir sur cette partie avec toi, cette partie de révélation du handicap. Comment as-tu pu la gérer dans ton compte-rendu ?*
RECRUTO	Manque d'informations sur la situation de la salariée lors du premier rendez-vous	*Là, tu m'expliques que tu as eu des informations au cours du rendez-vous, mais finalement que tu n'en as peut-être pas eu assez et que tu en aurais eu besoin ?*	A l'issue d'un rendez-vous avec le médecin du travail en entreprise, importance de ce rendez-vous évoquée par l'ergonome et demande envisagée d'une augmentation du nombre jours nécessaires à son intervention.	*J'aimerais que tu commentes ce passage, parce que tu avais l'intention de faire des choses, tu avais fait certaines choses. À la fin de ce rendez-vous avec le médecin du travail, tu avais une représentation de l'intervention et, déjà, tu parlais de jours supplémentaires. Parle-moi de ce passage et de ce que ce rendez-vous a impliqué dans ton intervention après.*	Gestion de l'intervention et gestion de projet dans l'entreprise, des discordances	*Par rapport à ce passage, est-ce que tu as pu identifier justement ce projet, le responsable de projet (le ou la) ? Et est-ce que, justement, dans cette intervention, ce n'est pas la gestion du dossier, la gestion de l'intervention qui a été source de difficultés pour toi ?*	Utilité du médecin du travail à un moment déterminé de l'intervention	*Donc je voulais te parler un peu du médecin du travail. Parce que, moi, j'ai vu le mode de travail que tu as eu avec elle lors de la réunion. Est-ce qu'à un autre moment de l'intervention, elle t'a été utile ?*

2.3.2. Intérêts et justifications de cette méthode

Aussi bien le suivi d'intervention que les techniques d'entretien associées sont guidés par plusieurs objectifs pour cette recherche :

- Examiner les processus de compréhension et d'action de l'ergonome consultant
- Appréhender l'évolution de la représentation de l'ergonome au cours de l'intervention, et plus précisément la représentation de chaque dimension temporelle du processus "Maintien dans l'emploi"
- Identifier les questionnements et les interactions utiles à la représentation et à la définition de l'action

Observer, suivre le déroulé chronologique de l'intervention, "vivre l'intervention avec l'ergonome", partager ses doutes, ses hésitations, ses réflexions, ses satisfactions mais aussi le faire verbaliser au fur et à mesure pour faire émerger ses stratégies, ses hypothèses, ont permis de constituer des données qui permettent de répondre pour partie à nos objectifs. Mais faire verbaliser l'ergonome sur sa propre activité, comme pour tout autre salarié n'est pas chose aisée. Comme le signifie Clot (1999, p.139), les "mécanismes de production de l'activité ne sont pas directement observables". Réaliser un entretien auprès de l'ergonome, mêlant le questionnement et l'autoconfrontation a permis de limiter les propos généralisant sa pratique et d'accroître sa réflexivité vis-à-vis de sa propre activité. Les traces, proposées dans l'autoconfrontation, sont "un support, un médiateur, soit pour se rappeler et décrire l'activité juste passée, soit pour la réélaborer. La situation de confrontation fournit une occasion instrumentée de faire retour sur son expérience, de s'y arrêter quelque temps, de s'extraire du feu de l'action dans laquelle le vécu était inscrit pour déplier ce qui s'y passe, en le mettant en mots, en prenant le temps d'essayer de retrouver finement ce qui s'y déroulait, d'analyser, comparer, évaluer pour produire et reformuler le sens de l'activité autour de ces traces."(Cahour et Licoppe, 2010).

Nous avons retenu l'autoconfrontation simple ou individuelle, qui consiste à confronter un seul participant à sa propre activité, par rapport à l'allo-confrontation ou la confrontation collective, pour appréhender l'évolution des représentations des ergonomes sur le processus maintien dans l'emploi. Cette démarche individuelle cherche à ce que le participant commente et explicite les démarches adoptées pour réaliser ses tâches, afin de révéler les processus cognitifs qui sous-tendent la description de cette activité, qu'elle soit professionnelle ou non (Mollo & Falzon, 2004, p.533).

Mais les traces auxquelles les ergonomes sont confrontés ont la particularité d'être issues, pour la majorité, d'entretiens réalisés au cours de l'intervention avec ces derniers. Ici l'ergonome est plutôt confronté à ses verbalisations antérieures, il est donc amené à les expliciter, à commenter ce qu'il évoquait, ce qu'il pensait et proposait quelques semaines auparavant. Nous nous rapprochons ici de la perspective subjective située (Rix-Lièvre, 2010). Cette trace s'avère plus proche de la manière dont l'acteur a effectivement pu appréhender

le contexte dans lequel il a agi, facilite son effort de réflexion et la saisie par le chercheur de ce qui fait sens pour lui.

La conjonction de l'entretien semi-directif et de séquences d'autoconfrontation nous permet de faire verbaliser l'ergonome sur son comportement d'acteur mais aussi sur l'environnement "vu" par lui en tant qu'acteur (Barbier, 2011).

Comme indiqué précédemment les enregistrements audio des situations réelles sont plus rares, eu égard à la spécificité de ces interventions, engageant réserve et discrétion notamment par rapport au secret médical et aux difficultés d'acceptation de leurs difficultés de santé par les salariés concernés.

2.3.3. Méthode d'analyse de ces données

Dans un premier temps, le double codage thématique croisé, précédemment explicité pour les entretiens de simulation, a été appliqué pour l'ensemble des entretiens des 4 interventions, de façon à faire des rapprochements entre toutes ces données suivant les dimensions temporelles impliquées dans et par l'intervention ergonomique.

Dans un second temps, nous avons décidé d'approfondir l'analyse d'une intervention, THEATRO, au moyen de deux outils de représentation compréhensive de l'intervention.

Plusieurs points d'intérêts nous ont amenée à choisir cette intervention précise :

- une déroulé complet de l'intervention, de la demande au compte-rendu d'intervention accompagné de devis[41]
- une pathologie chronique évolutive incertaine, source de préoccupation pour le salarié
- des enjeux forts sur l'organisation collective du travail et sur la survie de l'entreprise
- des acteurs diversement investis : un médecin du travail absent mais une chargée de mission SAMETH active
- l'originalité de la fonction du salarié et de l'entreprise

Afin de cerner la complexité de cette intervention, notamment au niveau des dimensions temporelles impliquées, les deux outils de représentation compréhensive de l'intervention sont les suivants :

- Un tableau identifiant et recensant explicitement les entrants (éléments recherchés et explorés par l'ergonome), les moyens utilisés par ce dernier (leviers, stratégies, actions compte tenu des entrants) mais aussi les sortants de l'intervention (visées et objectifs).

[41] 2 des 4 interventions suivies n'ont pu être menées jusqu'au compte-rendu d'intervention avec devis, étape finale habituelle.

- un schéma d'action permettant d'appréhender le déroulement de l'intervention et au-delà, les questionnements (au dessus de l'axe du temps, symbolisé par une flèche), les préoccupations (en dessous de l'axe du temps) et les intentions (inscrites dans des accolades) de l'ergonome au cours de cette intervention.[42]

Dans ce dernier schéma, chaque étape de l'intervention, officielle ou officieuse est indiquée et décrite avec les 3 items précédemment évoqués (questionnements, préoccupations, intentions). Ce schéma d'action, inspiré des travaux de Michel Sontag (2002) est en soi un mode de représentation et d'exploration des pratiques professionnelles. Cet outil de représentation figurative, même s'il a des limites liées à ses caractéristiques propres de schéma, devient une aide à l'explicitation et à l'analyse des pratiques. Ce schéma a l'intérêt de soutenir l'exploration et l'explicitation des représentations des pratiques professionnelles, dans notre cas les manières d'avoir prise sur les différentes dimensions temporelles par l'ergonome.

Nous avons donc réalisé ce schéma d'action avec deux éléments en tête : la dimension temporelle ou l'enchaînement des actions ; et la dimension structurelle ou les liens avec les connaissances mobilisées.

La partie haute du schéma peut à elle seule donner une approche chronologique des questionnements de l'ergonome, tandis que la partie basse illustre la progression des objectifs sous-jacents de l'ergonome, l'orientation qu'il souhaite donner à son intervention, la détection des points critiques.

Ces schémas permettent une lecture plus rapide du déroulé de l'intervention et de l'action de l'ergonome, sans en simplifier le contenu. Dans ces deux outils, nous retrouvons encore le codage en couleurs de dimensions temporelles, dans un souci de continuité et d'analyse.

L'idée de ces outils, est pour les analystes que nous sommes, de saisir également les moments d'usage et de sollicitations des dimensions temporelles par l'ergonome mais aussi les combinaisons multiples existantes ou souhaitées par ce dernier.

Les résultats issus de l'ensemble des analyses exposées dans ce chapitre seront présentés dans les chapitres 8 et 9.[43]

---

[42] En annexe 8. Ce document glissé en fin du volume des annexes sera libre, pour permettre au lecteur de l'avoir à sa disposition lors de la lecture de la thèse.

[43] La liste des données suivant le mode de recueil, en annexe 9, est également libre, pour disposer des noms (fictifs) relatifs aux interventions étudiées et aux ergonomes ayant participé à cette recherche.

Chapitre 8 : Résultats - L'intervention de l'ergonome dans le processus « maintien dans l'emploi » avec ses multiples contingences.

Dans ce chapitre, nous allons nous attacher au déroulement de l'intervention de l'ergonome pour le maintien dans l'emploi de salariés atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques évolutives, dans la fenêtre d'intervention qui lui est dédiée. Il s'agit de caractériser les modalités de ce déroulement à partir d'un échantillon de 22 de nos interventions, analysé par un traitement quantitatif et qualitatif, pour cerner la complexité de ces interventions et les contingences liées au processus de maintien dans l'emploi, leur rythme mais aussi ce qui fait la dynamique d'intervention, ce qui la complexifie. Nous présenterons les résultats de l'analyse quantitative, en distinguant d'une part l'analyse statistique descriptive et d'autre part l'analyse des correspondances multiples, à visée typologique. Au fil du texte, ces résultats seront illustrés, appuyés par des analyses qualitatives réalisées sur l'activité de l'ergonome chercheuse [44] qui a mené ces 22 interventions, avec les journaux de bord, un planning trimestriel, des échéanciers et des calendriers d'intervention.

1. Une planification du volume de l'intervention ergonomique, concordante avec le réel.

Pour examiner la fenêtre d'intervention de l'ergonome consultant, intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi notamment pour des salariés malades chroniques, il faut cerner l'empan temporel (le début et la fin de cette fenêtre) mais aussi le volume de l'intervention qui est bien différent de sa durée : il s'agit du nombre de jours nécessaire pour réaliser l'intervention ergonomique.

Pour qualifier l'empan temporel de ces 22 interventions, le meilleur indicateur du point final de l'intervention est la réalisation du compte-rendu d'intervention (la réunion de finalisation n'étant pas systématique, réalisée seulement dans 13 interventions sur 22). Celui-ci intervient en moyenne 29 semaines après la date d'attribution (écart-type σ +/- 18,9 semaines), soit plus de 7 mois, avec un minimum de 11 semaines (environ 3 mois) et un maximum de 79 semaines (près d'un an et 7 mois).

Pour revenir au nombre de jours, en moyenne, il varie seulement de 0,2 entre le prévu et le réalisé (4,5 vs 4,3). Le temps consacré à l'intervention est relativement proche de ce que l'ergonome a prévu. Ceci se traduit dans le nombre de jours mais aussi dans le nombre de

[44] L'ergonome chercheuse sera désignée dans ce chapitre par "l'ergonome" pour simplifier la lecture.

rendez-vous. Ainsi, en moyenne, le nombre moyen de rendez-vous prévu est identique au nombre de rendez-vous réalisés, soit 4,5.

La détermination du nombre de jours, depuis début 2012, n'est plus vraiment réalisée par l'ergonome lui-même mais par le prescripteur de l'intervention : cet élément a été explicité antérieurement dans la partie *4.4.* Il est cependant possible pour l'ergonome de réajuster ce nombre de jours, mais au prix de démarches administratives, par une demande argumentée de révision du nombre de jours prescrits, auprès du prescripteur, ici le SAMETH, et du financeur, ici l'AGEFIPH. Cela a été le cas pour 3 des 22 interventions analysées.

La détermination du nombre de jours est en elle-même un vrai travail pour l'ergonome : c'est le fruit d'échanges, de questionnements approfondis avec l'ensemble des acteurs du maintien dans l'emploi. Cela fait partie de la reformulation de la demande. En outre, à cette occasion, l'ergonome va voir "s'il accepte" l'intervention ; il examine la faisabilité de l'intervention dans les conditions existantes. Par le nombre de jours envisagé pour l'intervention, il va déterminer jusqu'à quel stade il peut mener celle-ci.

"Je me dis que si c'était le cas ça me parait jouable sur cette volumétrie-là, parce que déjà j'ai des éléments clés de compréhension et que je pense pouvoir aboutir, il n'y a pas un process technique qui va être très, très compliqué. Donc normalement je vais pouvoir dérouler en cinq jours la démarche jusqu'aux propositions de solutions."

(Dans un entretien de simulation : JG, à la suite d'un entretien téléphonique avec la directrice)

L'ergonome a développé une compétence particulière pour déterminer cela : les questions qu'il se pose dans cette optique portent sur le salarié concerné, les fonctions qu'il occupe, le mode de fonctionnement de l'entreprise, la complexité du travail confié, la variabilité de ce travail, les modalités du travail collectif, les enjeux organisationnels, les risques d'imprévus pour le déroulement de l'intervention. Tous ces éléments permettent de déterminer les temps d'échanges nécessaires, de rendez-vous, d'observations, d'essais, de dépouillement, de rédaction.

Dans ce temps ainsi défini au plus juste par l'ergonome, il va mettre en œuvre une grande variété d'actes et d'échanges.

2. Une multitude d'actes dans un temps déterminé

2.1. Une multitude d'échanges

L'ergonome travaille, pour l'essentiel, avec tout ou partie des interlocuteurs suivants : le médecin du travail, le chargé maintien dans l'emploi (SAMETH, CAP EMPLOI, Mission Handicap), le DRH, le médecin conseil, les fournisseurs, le responsable direct, les collègues, et le salarié lui-même. Or au début de l'intervention (voire avant celle-ci), une partie de ces acteurs, et notamment les quatre premiers, sont déjà mobilisés.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le responsable direct du salarié n'est agissant avant l'intervention de l'ergonome que dans 8 cas sur 22. C'est un acteur que l'ergonome doit mobiliser et qu'il mobilise au cours de son intervention. Dans les situations étudiées, il a contacté 16 responsables et entretenu des échanges privilégiés avec 15 d'entre eux. Cependant, même s'ils sont impliqués (10/16), les responsables ne sont pas toujours suffisamment libres de leur temps : seulement la moitié sont considérés comme disponibles.
Pour la moitié des interventions, l'ergonome favorise les échanges prolongés avec les collègues du salarié concerné, lui permettant d'appuyer la prise en compte de la dimension collective du travail.
L'ergonome entre en contact avec l'employeur, seulement 12 fois sur 22, c'est un acteur très peu disponible temporellement (seulement 4/12).
Il ne travaille jamais directement avec la sphère médicale hors entreprise (médecins conseil, médecins généralistes, médecins spécialistes, MDPH), pourtant source de conseils et "d'obligations" pour le salarié, et ce dans le champ du travail. Un acteur que nous avons identifié comme présent avant l'intervention, agissant et conditionnant certains aspects médicaux et administratifs du maintien dans l'emploi est le médecin conseil. L'ergonome n'a jamais de contacts directs avec ce dernier. Il obtient des éléments d'informations relatifs à ses décisions, via le salarié, le médecin du travail et le chargé SAMETH, voire l'entreprise. Cela complexifie sa supervision du processus "Maintien dans l'emploi" dans sa globalité. Sa vision est alors lacunaire, il doit reconstituer les pièces du puzzle, ce qu'il fait en interrogeant successivement, alternativement les acteurs déjà cités (ceci sera développé dans le chapitre 9). Il interagit peu avec les assistantes sociales et les représentants du personnel : seulement deux interventions sur 22. Enfin, l'AGEFIPH est peu impliquée en direct dans le déroulement des interventions : 4 interventions sur 22.
L'ergonome, sur l'ensemble de ces 22 interventions, a en moyenne 15 contacts en face à face, en rendez-vous, par intervention, avec l'ensemble des acteurs, individuellement ou collectivement, ce qui implique 15 interactions à gérer. Des interactions (Tableau 13), tant face à face qu'à distance, se produisent majoritairement avec le DRH, le salarié et le médecin du travail. On aurait pu penser le responsable direct plus sollicité ou lui-même plus sollicitant vis-à-vis de l'ergonome, puisqu'en prise directe avec la situation du salarié. Il s'avère que les contacts avec le responsable direct existent dans les mêmes proportions qu'avec le chargé SAMETH, mais pas davantage. Ce dernier est cependant plus à distance pendant le temps de l'intervention de l'ergonome, sauf lorsque l'ergonome le sollicite. Même si certains acteurs ne sont pas inclus dans l'intervention, le médecin du travail reste un invariant avec un minimum de 2 contacts mais souvent beaucoup plus (en moyenne 10 contacts par intervention).

Nombre total de contacts	Moyenne	Minimum	Maximum
Employeur	6,4	0	41
DRH	13,0	0	57
Responsable direct	7,3	0	24
"Entreprise"	*26,6*	*5*	*69*
Salarié	10,1	1	24
Collègues	2,2	0	9
Médecin du Travail	9,8	2	17
Chargé SAMETH	7,3	0	23
Fournisseurs	10,5	0	28

Tableau 13 : Nombre de contacts avec les acteurs les plus impliqués et agissants

Avec « l'entreprise » (Total des contacts Employeur + DRH + Responsable Direct), les interlocuteurs décideurs ou susceptibles d'influencer les décisions, les contacts s'échelonnent de 5 à 69. Ce dernier chiffre particulièrement élevé mérite une explication spécifique. Il traduit une intervention fortement complexifiée par une « situation salarié/entreprise » ancrée dans le conflit.

L'intervention concernée a été réalisée dans la filiale française de CURADIO, entreprise internationale de solutions cliniques pour le traitement du cancer. Au moment où l'action de maintien dans l'emploi de la salariée concernée, Madame LAD (assistante service en curiethérapie), est engagée, cette filiale essaye de gérer une fusion de deux entreprises et une multitude de changements technico-organisationnels, dont la mise en place de la polyvalence émanant d'injonctions fortes du siège situé à l'étranger. Ces changements provoquent pour partie un contexte de surcharge de travail à tous niveaux de l'entreprise, décisionnaires mais aussi opératoires, contexte augmentant ainsi les incompréhensions entre les membres de l'entreprise mais aussi vis-à-vis d'intervenants extérieurs. S'ajoute à cela une communication de la salariée inexistante vis-à-vis de la maladie, un refus de l'évoquer, ce qui soulève des doutes, des suspicions de la part de l'entreprise au niveau de la hiérarchie directe et des Ressources Humaines. Les rendez-vous n'ont cessé de se décaler dans cette intervention, eu égard à la charge de travail de chacun, aux exigences du service concerné mais aussi aux arrêts de travail de la salariée. De plus, la Responsable Ressources Humaines, en charge du dossier de Madame LAD et interlocutrice privilégiée pour l'ergonome (57 contacts sur les 69 évoqués) n'a pas été en capacité de prendre des décisions et devait se référer constamment à un PDG, ce dernier volontairement absent du fait de la situation conflictuelle enlisée sur laquelle les représentants du personnel tentaient d'intervenir en pointillés, notamment au travers du CHSCT.

Tous ces paramètres contextuels ont impliqué des allers-retours pour la moindre prise de décision et ont considérablement augmenté le nombre d'échanges pour faire avancer la problématique et l'intervention. Cet exemple fait émerger le travail nécessaire de l'ergonome pour créer une communication et un dialogue efficace pour le maintien dans l'emploi.

L'ergonome "gère" plusieurs interventions simultanément et dispose d'un temps dédié, en nombre de jours, par intervention ; aussi il ne peut être constamment dans l'entreprise. Cette présence physique en pointillés présente des avantages (laisser du temps de réflexion pour les acteurs par exemple) mais aussi le risque majeur de perdre prise sur la situation, de manquer des épisodes déterminants pour le maintien dans l'emploi du salarié concerné. Donc il doit essayer de suivre à distance, par des échanges téléphoniques ou de mails.

2.2. Un temps de suivi, hors entreprise

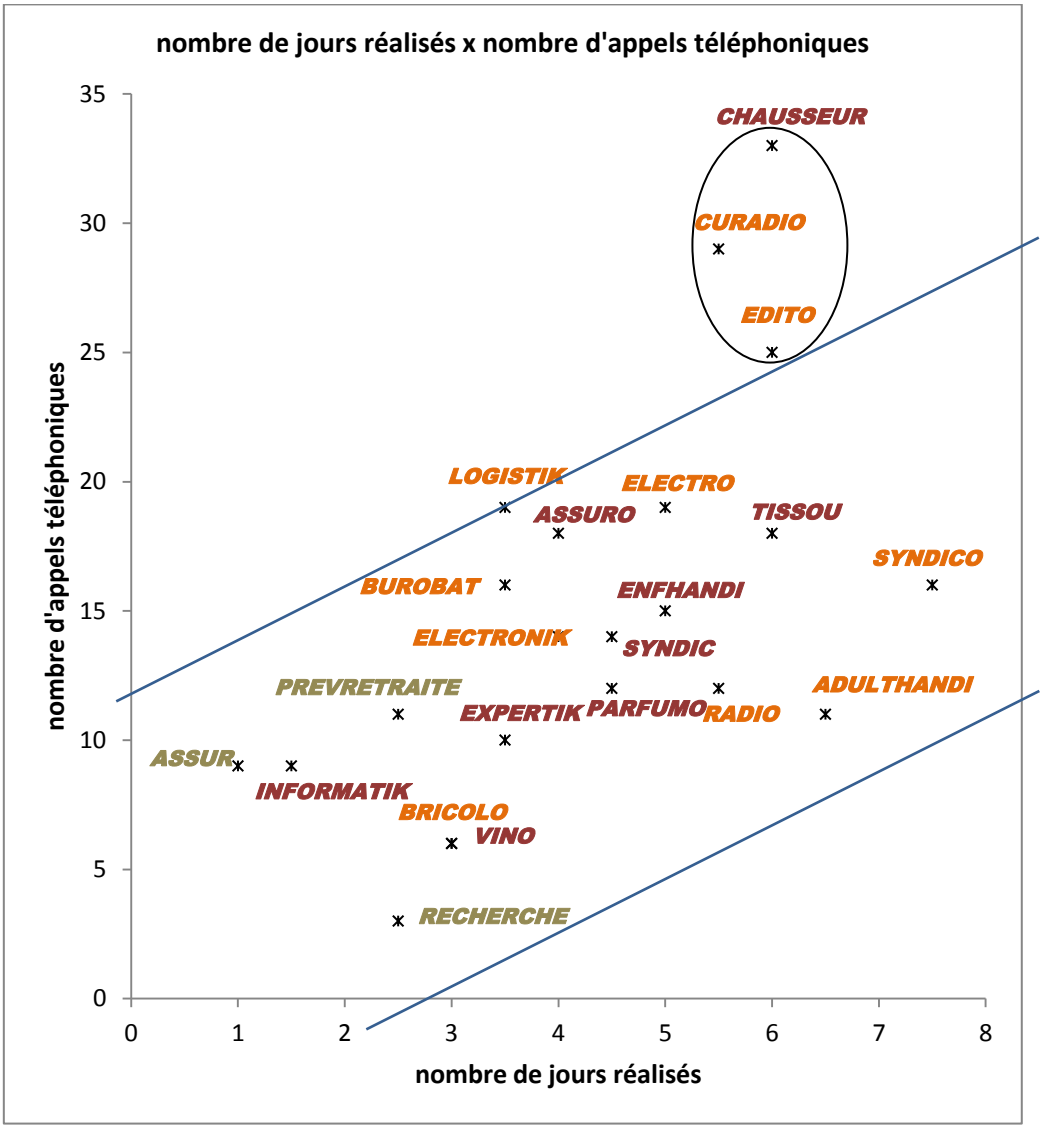
L'activité de l'ergonome se répartit évidemment entre des temps d'observations et d'interactions en entreprise, des temps d'analyse et de rédaction, comme le montrent les échéanciers d'interventions (situés en annexe…). Mais une partie du temps de travail de l'ergonome est prise par des suivis de dossiers et de la situation. Il s'agit d'une supervision-

contrôle à distance, souvent pour impulser des actions ou des décisions de la part des autres parties prenantes de l'intervention. Il ne peut être présent continuellement en entreprise. Il doit pallier cette "absence" légitime. Une partie de son travail se traduit par des échanges nombreux et fréquents, à distance, avec les différentes parties prenantes de l'intervention via :

- le téléphone : 14,8 appels (entrants et sortants) en moyenne avec un minimum de 3 et un maximum de 33.
- le mail :
    - envoyés : 23,5 en moyenne avec un minimum de 6 et un maximum de 58.
    - reçus : 16,5 en moyenne avec un minimum de 2 et un maximum de 50.

Comme on pourrait s'y attendre (cf. figure 23 ci-dessous), le nombre de jours réalisés est corrélé positivement avec le nombre d'appels téléphoniques, ces deux décomptes témoignant du volume d'ensemble des tâches d'intervention.

Figure 23 : Mise en relation du volume des interventions et du nombre des appels téléphoniques



Remarque : les couleurs correspondants à la typologie d'interventions seront expliquées en 6.2.

Néanmoins, trois interventions se caractérisent par un « surtéléphonisme » : CHAUSSEUR, EDITO et CURADIO. Même si ces interventions ont le même nombre de jours que certaines autres, elles se dégagent par un nombre d'appels téléphoniques supérieurs à 25. Dans ces 3 situations, il s'agit de préparer la reprise de travail de salariées étant toutes en arrêt maladie : l'organisation de rendez-vous en entreprise en devient plus complexe. En effet, pendant l'arrêt de travail, le contrat de travail de ces salariées est suspendu : l'employeur ne doit pas inciter sa salariée à revenir plus tôt. Ce qui limite fortement les contacts possibles entreprise - salarié et les possibilités de rencontres en coprésence. L'ergonome privilégie ainsi le téléphone pour rassembler le maximum d'informations, et pour parvenir à réaliser chaque rencontre. En outre, il doit convaincre des possibilités d'aménagements, du moins leur examen pour permettre la reprise. Il doit aussi maintenir un niveau d'informations opérationnel aussi bien pour lui que pour les autres acteurs. D'autres raisons complémentaires peuvent expliquer ce surcroit de contacts téléphoniques :
-une intervention ergonomique réalisée en deux temps pour CHAUSSEUR,
-une situation fortement conflictuelle, marquée par de nombreuses incompréhensions et suspicions pour CURADIO (voir ci-dessus)
- pour EDITO, une intervention à recadrer afin de créer une situation tenable pour la salariée dans un contexte très flottant : un état de santé très incertain et variable d'un jour à l'autre, une définition des missions progressive mais occultant certains éléments de l'état de santé de la salariée, une équipe de travail qui connait peu la salariée…

Ainsi, ce travail à distance, ce "télétravail", réalisé au bureau de l'intervenant, lui permet :

- d'assurer une partie plus logistique de l'intervention (comme les prises de rendez-vous) ou technique (avec les sollicitations des devis) ;
- d'améliorer sa compréhension de la situation ;
- de savoir où en est le maintien dans l'emploi, son "état" d'avancement par rapport aux actions engagées dans l'intervention ergonomique ;
- d'appréhender la réceptivité ou non des acteurs à ses demandes.

Les finalités et les contenus de ces recherches d'informations seront examinés de façon plus précise dans le prochain chapitre (chapitre 9).

2.3. Les recombinaisons d'étapes d'interventions

Les aménagements proposés par l'ergonome comprennent très souvent des aménagements techniques concernant le mobilier (16 interventions) ou les outils de travail (20). Ceci est en accord avec le nombre de recherches de fournisseurs : recherche simple (17), poussée (16), mises en place d'essais (20) et sollicitations de fournisseurs (19). Ces mises en place d'essais ne se font pas sans difficultés puisque 15 interventions sur les 20 ont nécessité des allers-retours avant de trouver l'aide technique adaptée. Dans 9 des 19 interventions finalisées, l'ergonome ajoute des phases d'essais et de recherche de solutions supplémentaires par

rapport à ce qu'il avait prévu initialement. Cela n'augmente pas forcément le volume de l'intervention.
Divers aléas l'amènent à recombiner les phases d'intervention prévues initialement. Pour préciser cette recombinaison de phases d'intervention, de rendez-vous, voici quelques exemples :

- **des observations deviennent une phase de recherche de solutions (ELECTRO - de 6 jours prévus à 5 jours réalisés) :** *Cette troisième phase d'observation, initialement prévue pour examiner une phase de travail particulièrement pénible pour l'électricien concerné (le montage d'une armoire électrique en position horizontale), a été annulée du fait de l'activité de l'entreprise et d'un arrêt de travail du salarié de plus d'un mois. A force d'attendre cette fameuse phase de travail, l'ergonome décide de réaliser le diagnostic avec les éléments dont il dispose déjà. A l'issue de la réunion de présentation du diagnostic, une décision, provoque un tournant dans l'intervention : reclasser ce salarié sur un poste de dessinateur de plans d'armoires électriques. Le temps à disposition de l'ergonome devient alors une phase de recherche de solutions techniques associées à ce reclassement sur un poste de type administratif.*

- **une réunion de finalisation devient une phase de recherche de solutions (ENFHANDI ; 5 jours prévus = 5 jours réalisés).** *Dans cette intervention, la réunion de présentation du diagnostic a été le moment clef où l'ensemble des décisions ont été prises concernant l'affectation de Madame INA sur des tâches plus légères, sans impératifs temporels. Cet aménagement organisationnel a été complété par des aménagements techniques sur lesquels l'ergonome a porté son attention, avec une phase de recherche de solutions. La réunion de finalisation n'était pas nécessaire, à ce stade ; l'entreprise prenait le relais avec l'orientation qui avait été définie collectivement au cours de l'intervention.*

- **Dans une plus grande mesure, si le volume augmente (PARFUMO ; de 3 jours prévus à 4,5 jours réalisés), des phases peuvent être ajoutées (une réunion de point, des essais et une phase de recherche de solutions) mais aussi supprimées (réunion de finalisation).** *Pour ce cas, l'état de santé d'une chargée de projets de formation avec une évolutivité fortement prononcée et des arrêts de travail répétés a complexifié la recherche de solutions techniques. De plus, l'ergonome a "perdu" contact avec les Ressources Humaines pendant près de 3 mois (mails et appels sans réponses), sans raison particulière, hormis la surcharge de travail de la RRH. A force de décalage dans les prises de rendez-vous, l'ergonome choisit de valider à distance, par téléphone et par mail, les aménagements et de rédiger un compte-rendu faute de pouvoir réunir l'ensemble des acteurs, tels que le médecin du travail, la salariée, sa responsable et la RRH.*

Ces recombinaisons en ajout ou en retrait de phases et de journées s'expriment à hauteur d'une journée pour 7 interventions par exemple. En examinant le tableau 2 ci-contre, on s'aperçoit que pour 16 interventions, il y a entre un jour et 2,5 jours de recombinaison entre la démarche prévue et le déroulement d'intervention. Seules deux interventions n'ont pas de recombinaisons apparentes.

Un indicateur de recombinaisons de jours permet d'identifier l'importance des variations internes, par rapport à chaque étape, entre le prévu et le réalisé. Il a pour formule $\frac{\sum |réalisé - prévu|}{total\ réalisé}$..

Recombinaisons de jours	Fréquence
0	2
0.5	1
1	7
1.5	3
2	2
2.5	4
3	1
4	1
5	1

Tableau 14 : Les recombinaisons de jours dans les interventions

Malgré tous ces efforts, l'ergonome reste soumis à des imprévus que les recombinaisons ne suffisent pas à réguler. Il essaye de prévoir au maximum le déroulement de l'intervention, il le fait au mieux de la façon la plus cohérente. Mais dans ce temps qui lui est accordé pour intervenir, il se retrouve à gérer des décalages et des attentes, dans une large mesure imprévisibles.

3. Un programme d'intervention soumis aux décalages et aux attentes

3.1. Des décalages de rendez-vous

Même s'il prévoit au mieux son temps de travail pour réaliser son intervention, l'ergonome a une moindre prise sur le calendrier de celle-ci. L'analyse statistique permet de vérifier à quel point "rien ne se passe à la date prévue", du moins pour de multiples étapes de l'intervention. Chacune des étapes de l'intervention ergonomique de type rendez-vous devant réunir différentes parties prenantes, subit un décalage moyen d'au moins une semaine, pouvant aller jusqu'à deux semaines, par intervention. Ce qui n'est pas le cas pour les étapes où l'ergonome travaille plutôt seul : rédactions de documents, recherche de solutions… Il y a en moyenne 1,4 rendez-vous reportés par intervention (avec un minimum de 0 et un maximum de 4). Sur les mails envoyés, il a en moyenne 1,1 mail où il n'a pas de réponse (avec un minimum de 0 et un maximum de 4).

Le premier rendez-vous, étape préalable et incontournable de toutes les interventions, intervient en moyenne à 1,4 semaine de la date d'attribution. Ce rendez-vous met entre 3 et 10 semaines pour être réalisé et organisé.

Les « essais 1 » présents dans 20 interventions sur 22 se réalisent en moyenne, à 18,5 semaines de la date d'attribution, avec un écart-type σ de 14,4. Le décalage maximal est de 27 semaines entre le prévu et le réel.

L'ergonome réalise souvent une gestion assez précise des rendez-vous "essais" car il n'y a pas de dérives pour 12 interventions. Au niveau de l'indicateur "dérive essais"[45], les valeurs négatives pour 4 interventions illustrent une compression de l'intervention mise en œuvre par l'ergonome : même si le premier rendez-vous est retardé, l'intervenant va réaliser les essais au plus vite ou à la date qu'il s'était fixée. Cependant, pour 2 interventions, les 1ers essais subissent des décalages de 1 à 4 semaines. Seule une intervention, SYNDICO, présente un gros décalage de calendrier, 27 semaines, pour réaliser ces essais de matériel (sachant que le premier rendez-vous se réalise à la date prévue, à 6 semaines de l'attribution).

derivessais	Fréquence
.	3
-3	1
-2	1
-1	2
0	12
1	1
4	1
27	1

Tableau 15 : « Dérive essais »
(distance essais1 à visite1 réalisés, moins distance essais1 à visite1 prévus) : moy=1.3, ety σ =6.4, med=0

Pour préciser son contexte, l'intervention SYNDICO concerne une employée polyvalente, alternant 3 services : le courrier, l'accueil et le standard, et atteinte d'une polyarthrite. A l'issue d'observations, d'un diagnostic, de groupes de travail, les propositions issues de l'intervention impactent fortement le service courrier de cette entreprise : réorganisation de l'espace de travail, avec modification des flux de circulation, modification de l'organisation du travail (dans une moindre mesure) et des aménagements techniques limitant des déplacements de charges mais nécessitant des essais.

Ces 27 semaines de décalage s'expliquent par des attentes de réponses pour organiser ces essais sur :

- la réalisation de travaux (aménagements des espaces de travail pour optimiser les flux de circulation) à faire nécessairement avant la mise en place des essais,

- la validation de l'entreprise pour définir du matériel à essayer

Pendant ce temps, une pseudo perte de contacts efficaces pour l'avancement de l'intervention s'est produite, occasionnant beaucoup de tentatives de contacts et peu de

[45] Dérives : Les valeurs négatives ne signifient pas forcément que les essais ont été avancés. Cela peut être la visite 1 qui a été beaucoup retardée et des essais 1 qui n'ont pas été décalés ou dans une moindre mesure. Par cet indicateur de dérive, nous examinons pour l'essai 1 ou l'observation 1 si les décalages de rendez-vous s'aggravent ou se rattrapent au cours de l'intervention.

derivessais = distance (essais1 à visite1 réalisées) - distance (essais1 à visite1 prévues)

derivobs = distance (obs1 à visite1 réalisées) - distance (obs1 à visite1 prévues)

contacts aboutis : ce qui traduit une difficulté pour joindre la responsable Ressources Humaines en charge du dossier. Seules des réponses approximatives sans indication de dates ont été données à l'ergonome pendant des mois.

Une fois, le contact rétabli, des essais de solutions techniques sont mis en place. Au cours de ces derniers, certains éléments permettent de penser à l'existence d'un conflit au sein de l'équipe de travail, non connu de l'ergonome, ni indiqué à ce dernier : pas de possibilité d'échanges de l'ergonome avec les collègues de la salariée, ni entre ces derniers avec un refus explicite de dialogue (existant pourtant plusieurs mois auparavant) et les matériels mis en essai, aussitôt enlevés par les collègues.

Au-delà d'expliciter les origines de cette dérive importante, on peut en revanche insister sur ses conséquences pour l'action de l'ergonome. La perte de contact a été préjudiciable à l'intervention, et pas seulement par le retard important qu'elle a provoqué. Cela a impliqué une perte de la réalité pour l'ergonome, une perte de sens dans ses propositions. Des évènements se sont produits pendant ce laps de temps ; le contexte et les relations de travail se sont fortement dégradés, ce qui a rendu caduques certaines propositions d'aménagements.

Tout comme les essais, les observations nécessitent la présence de moins d'acteurs, "seulement" le salarié concerné, les collègues voire le responsable direct. Dans une dizaine d'interventions il n'y a pas d'observations réalisées. Dans 6 interventions, soit la moitié de celles où il y a des observations, aucune dérive d'observation ne se produit. Cela peut s'expliquer car, souvent, seul le salarié concerné est mobilisé pour cette étape avec l'ergonome. 3 interventions ont une dérive d'une à 2 semaines, influençant moins le déroulé de l'intervention.

derivobs	Fréquence
.	10
-1	1
0	6
1	2
2	1
8	1
9	1

Tableau 16 : « Dérive observation »
(distance obs1 à visite1 réalisées, moins distance obs1 à visite1 prévues) moy=1.7, ety σ =3.3, med=0

Cependant, 2 interventions ont, tout de même, subi des dérives de 8 et 9 semaines respectivement pour les premières observations, en lien avec un défaut d'acceptation immédiat de l'intervention ergonomique par l'entreprise et des prises de congés (salariée et ergonome). Pourtant, pour ces deux salariées (RADIO et ENFHANDI), le temps est précieux car elles sont en temps partiel thérapeutique, situation temporaire. En lien avec ceci, l'ergonome se doit d'accélérer la démarche. Dans ces deux cas, nous sommes bien loin de la prescription de l'intervention qui impose, on l'a dit, des délais d'exécution à 1 mois pour la-dite intervention.

3.2. Les phases d'attentes

Après ces décalages de rendez-vous, nous allons examiner les phases d'attentes, définies comme la durée d'attente pour l'ergonome entre sa demande d'un élément nécessaire pour

faire avancer son intervention, et le moment où il l'obtient. Cet élément peut être une information, un rendez-vous, un fait ou encore une prise de décisions.

En moyenne, les interventions ont 4,2 attentes de plus d'une semaine (écart-type σ +/- 3,4) et 3 attentes de plus d'un mois (écart-type σ +/- 1,9). Comme on peut s'y attendre, plus les interventions sont dimensionnées avec un nombre de jours importants, plus il y a des attentes qui sont perturbantes pour le déroulement de l'intervention. L'ergonome fait en moyenne 2,7 relances (écart-type σ +/- 2,2).

Pour illustrer ces attentes et leur impact sur l'action de l'ergonome, reprenons le planning de l'ergonome chercheuse sur 3 mois, où il n'y pas seulement nos 22 interventions mais aussi les interventions concernant des salariées ayant des difficultés de santé autres que les maladies chroniques évolutives. Durant ces 3 mois examinés, nous dénombrons :
- 2 attentes de moins d'une semaine
- 3 attentes d'une à deux semaines
- 2 attentes de 2 à 3 semaines
- 3 attentes de plus de 3 semaines

Par l'analyse de 3 mois d'activité pour un ergonome travaillant à 70 %[46], via son planning (cf. tableau 17 p.184), nous pouvons constater que ce dernier gère 23 interventions différentes sur cette période. Il réalise des actions pour 11 interventions en septembre 2011, 16 interventions en octobre 2011 et 14 interventions en novembre 2011. Rares sont les interventions où toutes les étapes sont présentes sur cet empan temporel sélectionné. Ces multiples interventions simultanées lui permettent tout de même de faire autre chose quand des attentes s'éternisent.
Cette représentation en planning trimestriel permet d'identifier les reports de rendez-vous qui sont souvent de plusieurs semaines : 5 en septembre 2011, 3 en octobre 2011 et 2 en novembre 2011.
Ainsi l'ergonome doit réserver des temps, avoir des disponibilités pour pallier les rendez-vous annulés, les décalages de dates et être aussi réactif que possible pour refixer ces rendez-vous. Il doit faire en sorte que ces temps, rendus disponibles, deviennent utiles pour les autres situations qu'il prend en charge. Il lui faut profiter de ces temps imprévus désormais disponibles pour faire du suivi de dossiers ou des rédactions de documents au bureau. Il est à noter que l'ergonome doit s'impulser une dynamique particulière avec une gestion de son emploi du temps la plus réactive possible pour tenir toutes les histoires ensemble.

Tableau 17 : Planning de l'ergonome à 70% (en gris temps dédié à la recherche, en blanc, jours non travaillés, en jaune, travail collectif, SDB : suivi de dossiers et/ou rédaction).

---

[46] Il s'agit de l'ergonome doctorante, en première année de thèse.

Septembre 2011

D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
			Suivi de dossiers bureau **(SDB)**	**Réunion équipe**	**SDB**	
			1er rdv FR		1er rdv ROS	
11	12	13	14	15	16	17
	SDB					
	Diag. ADULT HANDI	Diag. INT				
18	19	20	21	22	23	24
	Obs. HOT.	**SDB** obs. FR annulée	**SDB** 1er rdv BUROBAT annulé	**Réunion équipe**		
		Essais GP	obs. FR			
25	26	27	28	29	30	1
	Obs. ROS.	**SDB** 1er rdv VUI annulé Essais TISSOU annulés	**SDB** Obs EF. Annulée	**Réunion équipe**	1er rdv VUI	
		Réunion Final. STEL. Annulée	**SDB** Obs EF. Annulée	1er rdv BUROBAT		

Octobre 2011

D	L	M	M	J	V	S
2	3	4	5	6	7	8
	1er rdv BTP	**SDB**	Essais INT	**Réunion équipe**	**SDB** obs. FR annulée	
	SDB	**SDB**	Réunion Final. STEL.			
9	10	11	12	13	14	15
	Essais BTP	1er rdv DASS.		**Réunion équipe**	Obs. + essais ADULT HANDI	
		SDB	Réunion Final. MISS.			
16	17	18	19	20	21	22
	Obs EF.	Obs. SEL.	Essais TAT.	**Réunion équipe**	Obs. BTP	
	SDB		Essais VUI	1er rdv PREVRETRAITE	**SDB** Diag. HOT. annulé	
23	24	25	26	27	28	29
		SDB Essais BUROBAT annulés		**SDB**		
		Diag. ROS		Obs. RADIO		
30	31					

Novembre 2011

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
			SDB Obs. DASS. Annulée	**Réunion équipe**	**SDB**	
					SDB	
6	7	8	9	10	11	12
	SDB 1er rdv PARFUMO annulé		Obs. DASS. Annulée	Obs. DASS.		
	1er rdv RECHERCHE	Diag. HOT.		Diag. SEL. Annulé		
13	14	15	16	17	18	19
	SDB	Réunion. FR				
	Diag EF.	Essais. ROS	Obs. RADIO			
20	21	22	23	24	25	26
			SDB	**Réunion équipe**	Diag. SEL.	
				Essais INT		
27	28	29	30			
	Essais BUROBAT	**Réunion équipe**				
	1er rdv BRICOLO	1er rdv PARFUMO				

+ 1 semaine

+ 1j.

+ 2,5 semaines

+ 3j.

+ 1 semaine

+ 4 semaines

+ 6 s.

+ 2,5 s.

+ 3 semaines

L'analyse statistique descriptive permet d'identifier les facteurs influençant le plus souvent le déroulement temporel de l'intervention : notamment pour 13 interventions sur 22, ce sont un manque ou un défaut de réponse d'un (ou de plusieurs) interlocuteur(s), les recherches d'aides techniques et une évolution de l'état de santé du salarié. Pour la moitié des interventions, il y a aussi un (ou des) arrêt(s) de travail.

La fréquence des rendez-vous reportés, des attentes (de plus d'une semaine, de plus d'un mois, et celles qualifiées de perturbantes), des relances dépend fortement des aménagements organisationnels antérieurs à l'intervention et de leur pertinence. Les perturbations du déroulement de l'intervention sont plus nombreuses quand l'entreprise a tenté d'aménager l'organisation du travail sans succès et sont encore plus nombreuses quand l'entreprise n'a même pas abordé l'organisation du travail.

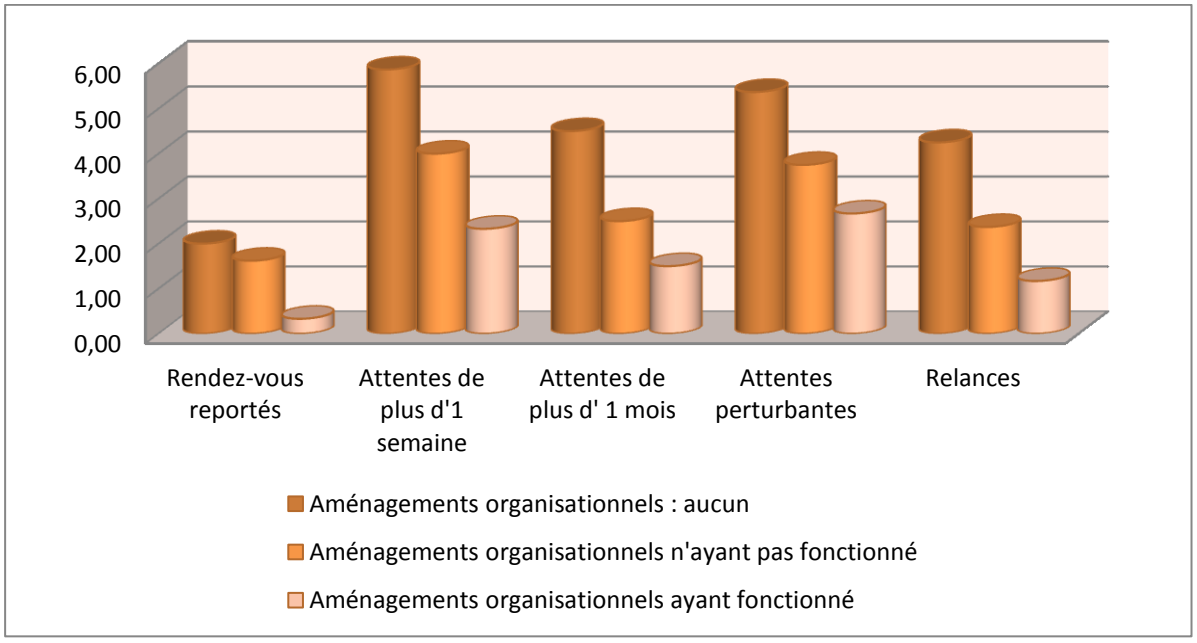


Figure 24 : Nombre moyen de diverses perturbations selon l'existence d'aménagements organisationnels antérieurs à l'intervention.

Certaines attentes n'influent pas seulement sur le déroulé chronologique, temporel, prévu de l'intervention mais perturbent de façon caractéristique, aussi bien la logique de l'intervention, son contenu, que la qualité de l'intervention (comme nous avons pu le voir pour SYNDICO). Il y a une perte de dynamique d'actions pour l'ensemble des acteurs (dynamique si dure à impulser par l'ergonome parfois). Ils perdent le fil de ce qu'ils doivent faire et le salarié "souffre" réellement d'attendre.

3.3. La gestion des attentes par l'ergonome

Pour revenir au planning d'intervention et préciser la gestion de ces attentes par l'ergonome, nous allons examiner deux attentes au cours d'une de ces interventions (désignée sous le nom BUROBAT, et sur laquelle nous reviendrons plus en détail dans la partie "Une intervention délicate "BUROBAT" ci-après).

Ces deux attentes ont eu lieu : pour le premier rendez-vous, et pour l'organisation de la première phase d'essais. Elles sont provoquées par des arrêts de travail répétitifs, imprévisibles, de la salariée, en lien avec la pathologie chronique évolutive. Ces imprévus et ces attentes sont gérés de façon active par l'ergonome :

- Pour la première attente, elle réalise des appels répétés auprès du médecin du travail, pendant 3 mois.

- Pour la deuxième attente, l'ergonome, "étant entrée" dans l'entreprise, change d'interlocuteur pour connaître les dates de reprise de travail de la salariée : le directeur comptable, plus proche de la salariée que la Responsable des Ressources Humaines. Le premier a été identifié par l'ergonome comme plus disponible, plus attentif à ses demandes et surtout plus préoccupé par la situation de la salariée. Ainsi, plusieurs échanges ont lieu par mails et téléphone sur un mois.

L'ergonome n'attend pas qu'on l'informe, il a une gestion active de l'attente : il relance, prend des informations complémentaires en même temps, il réajuste les informations entre les différentes parties prenantes. Nous examinerons la nature de ces informations au travers de 3 dimensions temporelles (l'épisode "Intervention Maintien dans l'Emploi", les histoires du salarié et de l'entreprise) dans le chapitre 9.

Au-delà, il peut être amené par exemple à réaliser lui-même un plan, qui aurait dû être initialement effectué par le fournisseur et le directeur, afin d'accélérer la prise de décisions (CHAUSSEUR). Il peut aussi remettre dans la boucle le SAMETH car il n'arrive plus à joindre les Ressources Humaines d'une entreprise (LOGISTIK).

4. Les actes et initiatives de l'ergonome dans ce contexte marqué de contingences

On l'a dit, l'ergonome doit gérer ces attentes, ces décalages, reprogrammer des rendez-vous de façon efficace. Cependant il ne fait pas seulement de la gestion de planning d'interventions en fonction des imprévus, des incompréhensions, des manques de réactivité auxquels il doit faire face. Pour son objectif premier, le maintien dans l'emploi, au-delà des contacts nombreux dont on a parlé, il réalise une multitude d'actes, il construit toute une démarche. Nous reviendrons dans le chapitre 9 sur les contenus et les objectifs de celle-ci. Mais dès à présent, on peut en identifier plusieurs étapes marquantes, impactant évidemment le déroulement de l'intervention. L'analyse statistique que nous menons permet d'en repérer l'ampleur.

4.1. Repérer les facteurs de difficultés

L'appel à l'ergonome pour le maintien dans l'emploi d'un salarié a pour premier objectif d'identifier le ou les problème(s) et en particulier les facteurs de difficultés pour le salarié susceptibles d'entraver ce maintien. Au cours de ses interventions (et en particuliers les 22 qui constituent la base de notre analyse), l'ergonome examine plusieurs aspects du travail

qu'il considère comme préoccupants voire problématiques. L'analyse a permis d'examiner 13 items à ce sujet :

- Postures contraignantes
- Effort, port de charges lourdes
- Gestes répétitifs
- Importants déplacements à pied
- Station debout prolongée
- Dépasser ses horaires normaux
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause
- Travail manquant de variété
- Avoir peu de liberté d'agir
- Manque de possibilités d'entraide, de coopération
- Manque de moyens de faire un travail de bonne qualité
- Manque de reconnaissance de son travail par son entourage professionnel
- Travailler avec la peur de perdre son emploi

Or l'analyse montre que ceux qui retiennent son attention et qu'il parvient à faire diminuer au cours de son intervention sont plutôt d'ordre physique : postures contraignantes (19), efforts et ports de charges lourdes (12), gestes répétitifs (13), importants déplacements à pied (7) et station debout prolongée (6). Les solutions à ces problématiques sont plutôt physiques et visibles avec des aides techniques ou par des aménagements d'espace…

Cependant, l'ergonome semble avoir plus de difficultés pour faire diminuer ou disparaître les difficultés liées au rythme de travail, à la satisfaction et à la reconnaissance du travail et à l'organisation du travail. En effet, les problématiques toujours présentes concernent le manque de variété dans le travail, une limitation dans la liberté d'agir, le manque de possibilités d'entraide, de coopération (problème toujours présent pour 7 sur 11 interventions). Pour 7 interventions, les manques de moyens pour faire du travail de bonne qualité et de reconnaissance du travail du salarié par son entourage professionnel sont des problèmes toujours présents. Lorsque le salarié travaille avec la peur de perdre son emploi, ce qui représente 8 cas sur 22, l'ergonome est parvenu à faire diminuer ou à faire disparaître ce problème pour la moitié des cas identifiés. Ces résultats relèvent d'un regard de l'intervenant lui-même sur l'intervention, à la fin de celle-ci. Mais il s'avère que ces problématiques soulevées d'ordre psychologique, collectives, avec un versant social, nécessitent souvent davantage de temps pour être "traitées". Même si l'action immédiate sur ces sujets semble limitée, l'ergonome n'hésite pas à soulever ces préoccupations, pour impulser une prise en compte par les acteurs de l'entreprise souvent à plus long terme.

L'une des difficultés sous-jacentes, moins directement liée aux difficultés propres du salarié, mais plus en lien avec la situation du maintien dans l'emploi dans sa globalité et celle de l'entreprise, concerne les modes de financements des aménagements possibles qui pourraient permettre de résoudre la situation problématique. Aussi, même si ce n'est pas à proprement parler du rôle de l'ergonome, mais plutôt celui du SAMETH, dans 16 cas sur 22 l'ergonome se permet d'informer l'entreprise, le salarié, le médecin du travail sur les aides financières possibles car il devient un interlocuteur privilégié de ces acteurs. Mais pour cela, et au travers d'interventions antérieures, il doit se constituer ces savoirs spécifiques, savoirs

que nous définirons au chapitre 9, et au besoin, les réactualiser, au-delà de l'intervention elle-même.

4.2. Observer le travail

Comme à l'accoutumée, l'ergonome réalise des observations de l'activité de travail. Dans la série d'interventions étudiée, ce n'est cependant pas systématique : 14 interventions sur 22. Ce sont des observations plutôt courtes, en moyenne d'une journée (écart-type +/- 0,5). Il a développé d'autres moyens pour comprendre la teneur de l'activité de travail.

Pour cela, pour chaque intervention et au-delà de ces phases d'observation, il cherche à interroger l'activité de travail du salarié pendant les rendez-vous, aussi bien pendant les réunions que pendant les phases d'essais. Il donne à ces rendez-vous une autre utilité non affichée pour son action. Il cherche à gagner du temps, à saisir toutes les occasions d'en savoir un peu plus, notamment lors de ces rendez-vous dédiés aux essais. Cette démarche ne va de soi et pourtant, elle se retrouve dans toutes les interventions. Cela s'explique par le format de ses interventions : peu de jours étalés sur un période de plusieurs mois.

4.3. Échanger sur les pratiques

Une autre manière pour l'ergonome de progresser dans sa (ses) démarche(s) est de faire appel à l'expérience de ses propres collègues. Faisant partie d'une équipe, l'ergonome chercheuse n'est jamais seule face à son intervention. Dans tous les cas, elle est allée chercher un soutien auprès de ses collègues, profitant ainsi de leurs expériences, au-delà des phases officielles de travail collectif, institutionnalisées, de présentation de premier rendez-vous en réunion d'équipe, et de relecture des documents à destination des parties prenantes de l'intervention (phases explicitées en introduction). Ces moments d'échanges peuvent être opportuns ou provoqués, en lien avec la connaissance de l'expérience du collègue ergonome. Les échanges portent sur les interventions elles-mêmes, leur déroulé mais aussi sur des savoirs de l'ordre de l'épisode IME.

4.4. Proposer des aménagements

Dans l'analyse statistique, 8 catégories d'aménagements ont été étudiées selon deux modalités :

- les aménagements déjà réalisés par l'entreprise avant l'intervention de l'ergonome, qui ont fonctionné ou non
- les aménagements envisagés par l'ergonome, en début et en fin d'intervention et ceux qui ont été validés par le (la) salarié(e), l'entreprise et le médecin du travail, à l'issue de l'intervention.

4.4.1. Des aménagements déjà réalisés par l'entreprise avant l'intervention de l'ergonome

Quand l'ergonome arrive dans l'entreprise, le maintien dans l'emploi a déjà une histoire, des antécédents. L'entreprise a essayé des aménagements de plusieurs ordres (Figure 25), cités

ici par fréquence décroissante : organisation du temps de travail (17), organisationnels (14), espace de travail (12), mobilier (10), outils de travail (8). Plus rarement, elle a pris des initiatives concernant les aménagements informatiques (5), l'accessibilité (4) et le télétravail (3).

Mais tous ces essais d'aménagements ne fonctionnent pas forcément : ceci est notable pour les aménagements de type mobilier et outils de travail (où aucune des tentatives d'aménagements n'a été satisfaisante pour l'entreprise) mais aussi pour les aménagements d'ordre organisationnel, où seulement 6 aménagements organisationnels ont fonctionné sur les 14 essais.

En revanche, pour l'organisation du temps de travail, cela fonctionne plutôt bien, avec 12 sur 17 essais jugés réussis ; cela représente également plus de la moitié de l'échantillon d'interventions réalisées dans le cadre de cette recherche. De même quand l'entreprise envisage le télétravail (3/22), c'est un aménagement rare mais qui fonctionne, ce qui est le cas pour seulement la moitié des aménagements concernant l'accessibilité.

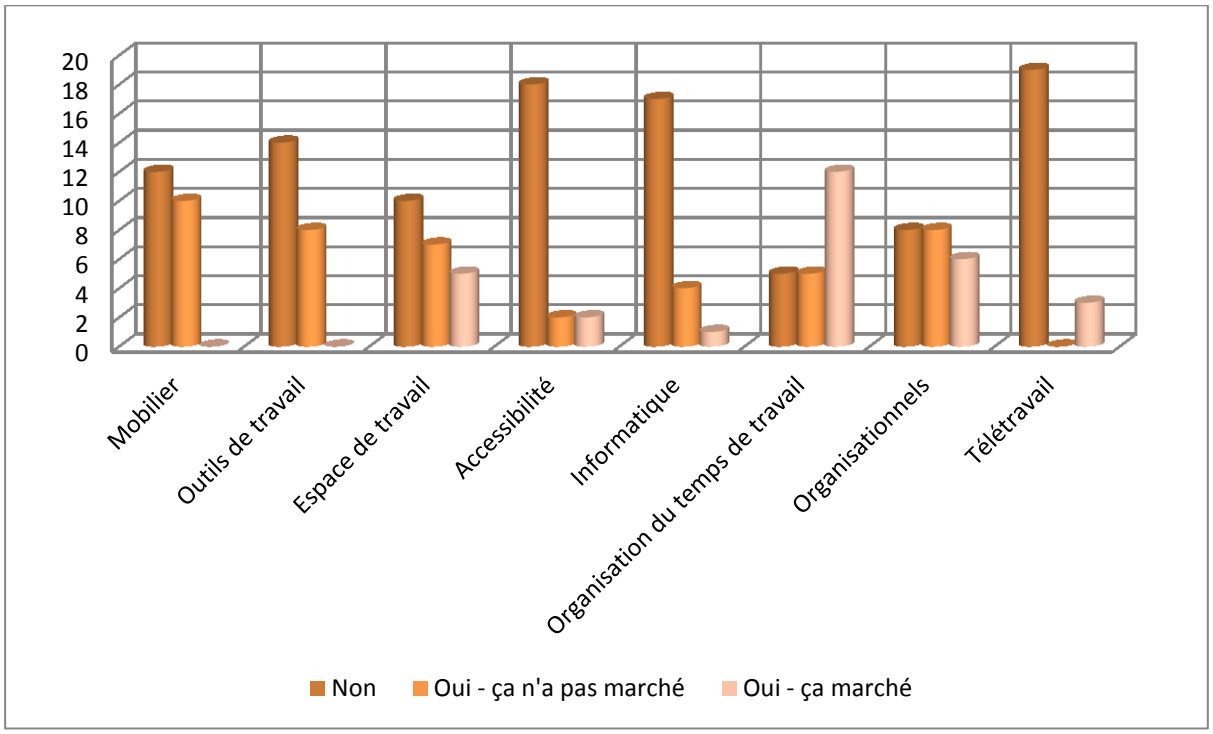


Figure 25 : Est-ce que l'entreprise a déjà fait des aménagements destinés au salarié concerné ?

4.4.2. Les aménagements envisagés et proposés par l'ergonome

L'ergonome s'inscrit ainsi dans une situation où il peut y avoir déjà eu des essais d'aménagements, plus ou moins menés ou amenés par des acteurs, majoritairement de l'entreprise. Dans sa démarche, il innove, propose de nouveaux aménagements mais n'hésite pas à re-proposer des aménagements déjà essayés, tels que les aménagements de mobilier ou encore pour les outils de travail, à revenir dessus avec des variantes, avec une

autre vision. C'est dans cette dernière configuration qu'il doit utiliser tous ses talents pour convaincre.

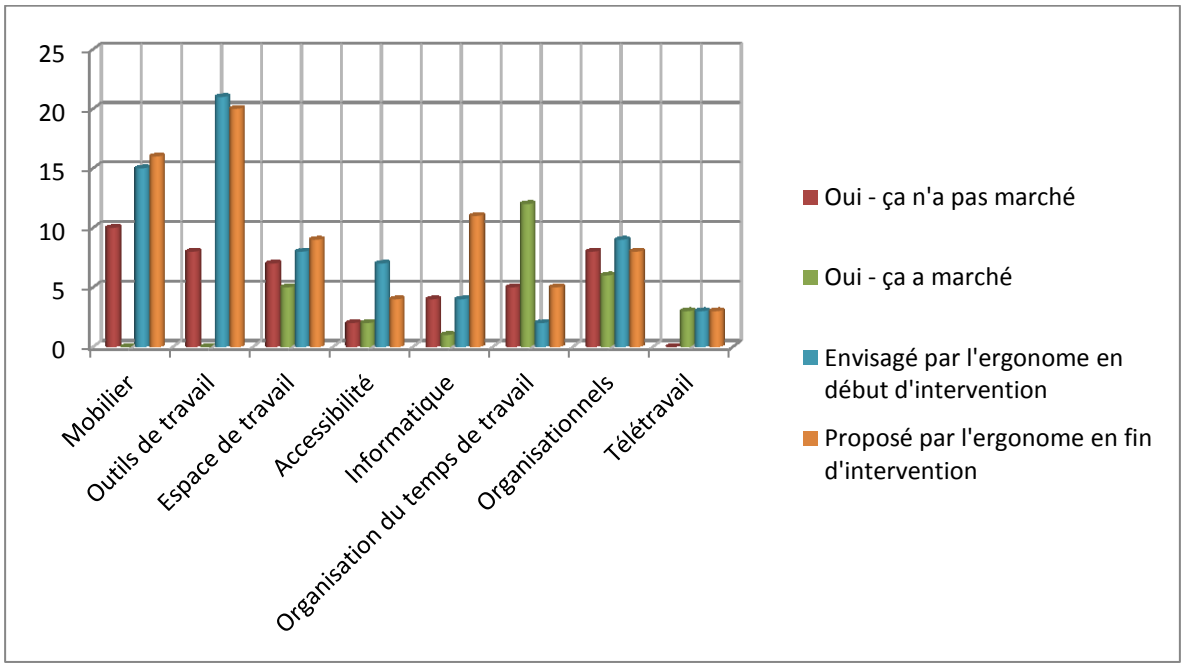


Figure 26 : Les aménagements, une comparaison entre les essais de l'entreprise et les propositions de l'ergonome

Pour l'ergonome, les aménagements les plus envisagés en début d'intervention concernent le mobilier, les outils de travail (quasiment la totalité des interventions), les aménagements organisationnels et de l'espace de travail. Il abandonne peu les idées d'aménagements de départ, cela varie généralement de plus ou moins un cas sur chacune des catégories d'aménagement sur 22, hormis pour l'accessibilité (il abandonne l'idée pour 3 interventions).

En cours de son intervention, il propose en outre des aménagements qu'il n'avait pas envisagés au début de l'intervention ; cela s'est produit pour des aménagements d'ordre informatique : il émet l'idée en début d'intervention dans 4 cas, mais finalement propose ce type d'aménagement pour 11 situations. Toutes ces situations concernent des postes administratifs où l'ergonome a d'abord investigué des solutions concernant le mobilier et les outils de travail. Il en va de même pour l'organisation du temps de travail (de 2 à 5) et pour l'espace de travail et le mobilier (avec 1 cas de plus où l'aménagement est proposé).

Dans plusieurs types d'aménagement, la proportion de validation est élevée, notamment pour le mobilier (13/16), les outils de travail (19/20), les aménagements informatiques (9/11) mais ce n'est pas le cas pour les aménagements organisationnels, seulement 3 sur 8 proposés sont retenus.

Repérer les facteurs de difficultés, observer le travail, échanger sur les pratiques et proposer des aménagements sont des traits caractéristiques de l'intervention que nous avons abordés

avec l'analyse statistique en attendant de les analyser plus en profondeur dans les chapitres suivants.

5. Approche typologique des caractéristiques de l'intervention ergonomique

5.1. De l'ACM à la typologie d'interventions :

L'analyse des correspondances multiples (ACM) permet d'identifier les relations possibles entre les différentes réponses (modalités) aux différentes questions (variables). Rappelons que les variables actives dont les modalités servent à la construction des axes sont les suivantes :

- Les éléments impactant dans son déroulé temporel, l'intervention ergonomique
- Le calendrier et le déroulement chronologique de l'intervention de l'ergonome
- Les actes de l'ergonome
- Les interlocuteurs agissants pendant l'intervention
- Les aménagements proposés par l'ergonome pour la fin de l'intervention
- Les coûts de l'aménagement, et humains
- Les doutes de l'ergonome à l'issue de l'intervention

Le premier axe de cette ACM, très chargé en signification statistique car représentant plus de 20% de l'inertie globale, peut être lu comme résumant **la densité de l'activité de l'ergonome**. De la droite vers la gauche[47], on voit apparaître de plus en plus des modalités de réponses caractérisant la mise en œuvre d'actions nombreuses et diversifiées au cours de l'intervention. A l'ouest, les éléments des interventions très chargées en actes et initiatives pour l'ergonome et à l'est, ceux des interventions plus succinctes, écourtées, voire interrompues.

A l'ouest du graphique, la densité d'activité s'exprime par un nombre important de rendez-vous, un nombre important de journées de présence, d'appels téléphoniques, de face à face, de recherche de solutions, d'échanges avec les collègues de la personne concernée. La masse d'initiatives de l'ergonome se caractérise par davantage de propositions d'aménagements : mobilier, outils de travail, espace de travail, informatique, télétravail, organisation de travail… Comme il est de règle dans une ACM ces mêmes variables apparaissent à l'est mais avec leur opposé, avec les réponses « non » ou « peu ». A l'est, l'activité de l'ergonome est moindre : pas ou peu de devis, d'observations, ni d'essais et moins de rendez-vous. Certaines interventions, on y reviendra, sont même marquées par un arrêt anticipé.

[47] Le logiciel d'analyse des correspondances attribue au hasard le sens de chaque axe (gauche/droite, haut/bas, etc.) ; celui-ci n'a donc pas de signification en soi.

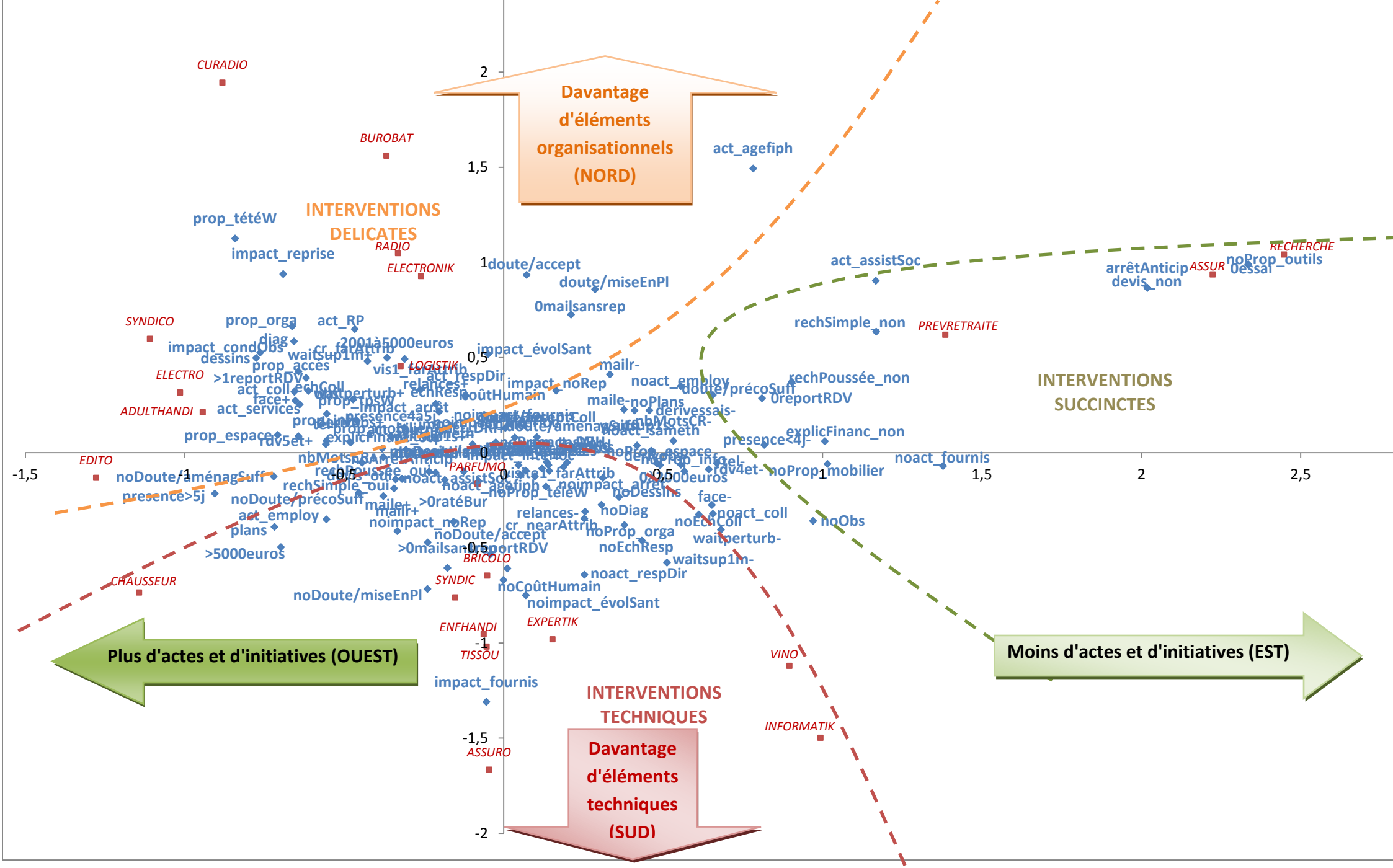
Le deuxième axe est moins puissant, autour de 10% de l'inertie. Nous le retenons cependant car il supplante le troisième de 2 points d'inertie. Il semble opposer des modalités de réponses reflétant **des interventions plutôt « techniques » (au Sud) et plutôt « organisationnelles » (au Nord).** Au nord, cela reflète des situations avec des forts enjeux humains et collectifs, ce qui va de pair avec des orientations de l'action de l'ergonome plutôt vers l'organisationnel, avec la variable "propositions organisationnelles". En effet, au nord, nous retrouvons la variable "coûts humains" caractérisée par le remplacement du salarié sur certaines tâches par ses collègues et en conséquence la compensation des difficultés par l'équipe. L'ergonome réalise davantage d'échanges avec les collègues et le responsable direct dans ces situations. Ce sont aussi des modalités indiquant un déroulé très influencé par l'évolution de l'état de santé du salarié concerné et (de façon sans doute liée) par de nombreuses attentes de plus d'un mois. L'impact sur le collectif, un état de santé variable, la nécessité de travailler sur l'organisation, des longueurs dans le déroulé de l'intervention sont autant de facteurs d'incertitudes sur la conservation d'une situation viable pour le salarié et son maintien dans l'emploi. En fin d'intervention l'ergonome intervenant émet plus des doutes sur l'acceptation des aménagements par l'entreprise, la mise en place des aménagements et sur le fait que ses préconisations suffisent. On remarque que l'acceptation des collègues n'est pas source de doutes pour lui car il estime avoir fait le nécessaire avec ceux-ci au cours de son intervention.

Ces différents éléments expliquent la complexité croissante des interventions quand on se dirige du sud au nord du graphique. Au sud, en effet, les modalités représentées indiquent que l'ergonome n'a pas de doutes sur le fait que les préconisations et les aménagements suffisent, ni par rapport à l'acceptation et à la mise en place des aménagements. Pour ces interventions au Sud, on note aussi une implication plus importante des fournisseurs. Côté sud on trouve aussi les caractéristiques d'interventions du Nord, mais à l'opposé : un peu moins de perturbations sur le déroulé temporel, moins d'enjeux collectifs, moins de communications en directs, plus d'échanges par mails, et par ailleurs des aménagements techniques parfois coûteux (supérieurs à 5000 euros).

Sur la page suivante, se trouve la représentation graphique de l'ACM, ainsi que la matérialisation de la typologie que nous allons présenter dans les prochaines pages. Chaque catégorie d'intervention est symbolisée par des lignes en pointillés paraboliques sur le graphique.

Figure 27 : ACM avec indication des axes et de la typologie d'interventions[48].

[48] Comme souvent dans les analyses des correspondances multiples, nous retrouvons au centre du graphique, proches de l'origine, des variables plus fréquentes mais peu discriminantes. Aussi, nous allons nous attacher aux variables plus éloignées et en conséquence, plus lisibles sur le graphique.


Davantage d'éléments organisationnels (NORD)
INTERVENTIONS DELICATES
INTERVENTIONS SUCCINCTES
INTERVENTIONS TECHNIQUES
Davantage d'éléments techniques (SUD)
Plus d'actes et d'initiatives (OUEST)
Moins d'actes et d'initiatives (EST)
CURADIO
BUROBAT
RADIO
ELECTRONIK
SYNDICO
ELECTRO
ADULTHANDI
EDITO
CHAUSSEUR
LOGISTIK
PARFUMO
BRICOLO
SYNDIC
ENFHANDI
TISSOU
EXPERTIK
ASSURO
VINO
INFORMATIK
PREVRETRAITE
RECHERCHE
ASSUR
act_agefiph
prop_tétéW
impact_reprise
doute/accept
doute/miseEnPl
0mailsansrep
act_assistSoc
arrêtAnticip
devis_non
noProp_outils
0essai
rechSimple_non
rechPoussée_non
0reportRDV
explicFinanc_non
noact_fournis
noProp_mobilier
noObs
noact_coll
waitperturb-
waitsup1m-
noact_respDir
noCoûtHumain
noimpact_évolSant
impact_fournis
noDoute/miseEnPl
noDoute/accept
noProp_orga
noEchResp
noDiag
noDessins
noProp_téléW
noDoute/précoSuff
noDoute/aménagSuff
presence>5j
act_employ
plans
>5000euros
>0ratéBur
noimpact_noRep
impact_noRep
noact_employ
maile-noPlans
derivessais-
noact_sameth
presence<4j-
rdv4et-
face-
noEchColl
noact_assistSoc
noact_agefiph
noimpact_arret
noCoûtHumain
impact_évolSant
impact_condObs
dessins
prop_orga
act_RP
diag
2001à5000euros
waitsup1m+
prop_accès
>1reportRDV
act_services
prop_espace
rdv5et+
act_coll
face+
echColl
noûtHumain
relances+
act_respDir
mailr-
mailr+
maile+
-1,5
-1
-0,5
0
0,5
1
1,5
2
2,5
2
1,5
1
0,5
0
-0,5
-1
-1,5
-2

Cela nous amène à présenter la typologie à laquelle nous avons abouti à partir de l'analyse de ces axes. Ce découpage a été déterminé par nos soins et semble le plus logique au vu à la fois des résultats de l'ACM et de notre objet de recherche.

La première série d'interventions, que nous nommerons **" écourtées »** ou **succinctes"** est située à l'est du graphique. Comme l'indique leur nom, ce sont des interventions qui ont été interrompues de façon anticipée. Ce qui les caractérise[49], c'est souvent le fait qu'il n'y a pas eu d'essais, de devis, de recherches simples, de recherches poussées de matériel, ni d'explication de financements possibles. Ces interventions sont au nombre de 3. Leur présence rappelle que des interventions peuvent ne pas se dérouler complètement, au sens où l'entendrait l'ergonome. Elles ont pu n'aboutir à aucune proposition d'aménagement de quelque sorte que ce soit. On verra que seule une d'elles a pu être suffisamment avancée pour réaliser quelques préconisations (non abouties cependant) portant sur les outils de travail. Ce sont toutes des interventions plus courtes, inférieures ou égales à 4 jours.

La deuxième série d'interventions, située plus au Sud, 10 cas sur les 22, est celle que nous nommerons **"interventions techniques"**. Leurs caractéristiques rejoignent ce que nous avons décrit au niveau de l'axe 2. Ce sont des interventions abouties mais souvent un peu plus courtes que d'autres, avec par exemple une réalisation du compte rendu final avant les 7 mois, par une démarche plus directe composée de moins d'étapes (délaissant par exemple la partie observations et diagnostic de l'intervention ergonomique), où l'ergonome s'oriente vers des solutions plutôt techniques. Ce sont des interventions impliquant un nombre moins important d'acteurs. On constate également que la plupart des modalités de type « il y a déjà eu des aménagements qui ont marché » (sur l'informatique, les horaires, l'accessibilité…) se positionnent au sud-est du graphique, une partie du chemin est déjà fait avant par l'entreprise. Même si cela peut surprendre, cela permet en partie d'expliquer le format plus "court" de ces interventions. Cela suggère que dans les interventions dites techniques, l'ergonome peut s'appuyer sur le travail déjà réalisé par l'entreprise. Ainsi, il a moins de doutes pour ce profil d'intervention

En revanche, la dernière série, située au Nord - Ouest, représenterait **des interventions plus «délicates», intégrant notamment des solutions organisationnelles.** Ces interventions, au nombre de 9 selon notre découpage, semblent caractérisées par un nombre d'actes (comprenant des phases d'observations et des diagnostics) et d'étapes dans l'intervention ergonomique plus important, une durée d'intervention au-delà des 7 mois, davantage de perturbations et d'attentes dans le déroulé de l'intervention et un état de santé pour la salarié concerné relativement flou.

---

[49] Pour l'instant nous faisons reposer cette caractérisation sur les indications fournies par des proximités entre modalités et interventions dans le plan. Les plus importantes d'entre elles seront vérifiées ci-après par des tris croisés.

Le tableau suivant indique la répartition des interventions suivant la typologie ainsi définie.

Localisation graphique ACM	Sud	Nord-Ouest	Est
Interventions	**Assuro** **Bricolo** **Chausseur** **Enfhandi** **Expertik** **Informatik** **Parfumo** **Syndic** **Tissou** **Vino**	**Adulthandi** **Burobat** **Curadio** **Edito** **Electro** **Electronik** **Logistik** **Radio** **Syndico**	**Assur** **Prevretraite** **Recherche**

Tableau 18 : Répartition des interventions suivant la typologie.

Pour continuer de caractériser plus précisément les différents types d'interventions, étayer la typologie que l'ACM suggère, nous allons les comparer au niveau du contexte d'intervention, des préoccupations et actions de l'ergonome et du déroulement même de l'intervention, à l'aide de décomptes directs.

5.2. Une typologie d'interventions mise à l'épreuve

5.2.1. Le contexte de son intervention pour l'ergonome

- ***Des aménagements antérieurs…***

Bien évidemment, l'entreprise où le maintien dans l'emploi est en jeu conditionne le déroulement de l'intervention. Ce n'est pas la même chose pour l'ergonome d'avoir affaire à une grande entreprise avec toutes ses strates hiérarchiques ou à une petite entreprise ayant des moyens humains et financiers plus limités. C'est essentiellement dans les établissements d'au moins 300 salariés, issus de grands groupes, que les interventions ont été interrompues. Dans ces interventions, il y a davantage d'interlocuteurs, situés souvent plus à distance de la situation (même géographiquement) mais ayant un impact fort sur cette dernière, comme des assistantes sociales ou des infirmières de santé, ce qui traduit une action de moindre efficacité pour le maintien dans l'emploi par une représentation souvent erronée de la réalité, notamment en ce qui concerne les capacités réelles du salarié concerné. De ce fait, les interventions ergonomiques comme ASSUR et RECHERCHE s'enclenchent dès le départ sur des mauvaises bases.

Les interventions dites "délicates" se situent davantage dans des petites et moyennes entreprises de moins de 50 salariés, à portée locale. Par contre, pour les interventions techniques, deux extrêmes coexistent : des très petites entreprises avec un effectif inférieur à 10 salariés et des plus grandes entreprises entre 50 et 299 salariés. Les types d'interventions ne se différencient pas ou peu par la taille des entreprises, leur secteur

d'activité ni des investissements récents pour améliorer les conditions de travail pour l'ensemble des salariés.

Par contre, dans les interventions « techniques », au préalable, les entreprises ont déjà mis en place un nombre assez important d'aménagements qui fonctionnent, efficaces pour les salariés malades concernés. Cela conforte une dynamique d'action déjà engagée avec des orientations affirmées. Ces aménagements concernent le temps, l'organisation et l'espace de travail mais aussi l'informatique. Seuls les aménagements concernant l'accessibilité ont été essayés mais n'ont pas fonctionné.

En revanche, les situations où les interventions ont été déterminées comme « délicates » sont plutôt celles où il n'y a pas eu d'aménagements de l'organisation du travail, ni de l'espace de travail, mis en place par l'entreprise avant l'intervention de l'ergonome. L'entreprise a pu essayer d'organiser le temps de travail mais cela n'a fonctionné que dans la moitié des cas. Cela explique aussi un degré de complexité important mais aussi le fait même qu'on les qualifie de « délicates », car soit rien n'a encore été fait, ni essayé pour le salarié, soit les essais ont été souvent infructueux. Ces entreprises sont davantage en attente de solutions "miraculeuses" et ont souvent l'impression d'être dans une impasse, d'avoir été au bout de leurs possibilités. Les membres de l'entreprise se sentent parfois impuissants face à la situation.

	Types d'intervention						
	«délicates» (9)		Succinctes (3)		Techniques (10)		Total
Types d'aménagements réalisés par l'entreprise avant l'intervention de l'ergonome	Inefficaces	Efficaces	Inefficaces	Efficaces	Inefficaces	Efficaces	
Mobilier	3	0	2	0	5	0	10
Outils de travail	3	0	2	0	3	0	8
Espace de travail	4	0	1	0	2	5	12
Accessibilité	1	0	0	1	1	1	4
Informatique	2	0	1	0	1	1	5
Organisation du temps de travail	3	3	0	3	2	6	17
Organisationnels	4	2	2	0	2	4	14
Télétravail	0	1	0	1	0	1	3
Total	20	6	8	5	16	18	

Tableau 19 : Typologie d'interventions suivant l'existence d'aménagements antérieurs, efficaces ou non.

❖ ***…pour un salarié…***

Bien évidemment l'entreprise, ses initiatives, ses essais influencent l'intervention de l'ergonome mais l' "objet" de l'intervention est avant tout le maintien dans l'emploi d'un salarié. L'ergonome s'interroge et essaie de comprendre les limitations du salarié mais aussi son statut médico-socio-administratif.

Dans les interventions « techniques », chacun des salariés concernés a une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) (10/10 dont une en renouvellement), ce qui traduit une situation plutôt bien établie et fixée d'un point de vue administratif. En ce qui concerne les difficultés de santé du salarié, pour les interventions « techniques », elles touchent aussi bien les appareils musculaire, ostéoarticulaire que neurologique. Ce sont des situations où le salarié semble avoir plutôt des limitations gestuelles et des difficultés pour saisir les objets. Ces difficultés sont plutôt visibles pour les interventions « techniques» dans 8 cas sur 10, cette tendance s'inverse pour les interventions «délicates» où pour 6 interventions sur 9, les difficultés de santé ne sont pas visibles.

Typologie d'interventions	Difficultés de santé visibles	Difficultés de santé non visibles	Total
« Délicates »	3	6	9
« Succinctes »	3	0	3
« Techniques »	8	2	10
Total	14	8	

Tableau 20 : Visibilité des difficultés de santé suivant la typologie

La situation de santé des salariés des interventions « délicates » semble particulièrement floue, moins déterminée : ce sont davantage des pathologies chroniques touchant les appareils neurologique et ostéo-articulaire, impliquant des limitations de concentration mais aussi visuelles, avec des difficultés de santé peu visibles ou invisibles. Cela laisse penser à la nécessité d'une autogestion de la maladie par le salarié, une gestion plutôt privée, personnelle. Cette idée est rejointe par le fait que ce sont des situations où la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé est en cours, ce qui laisse suggérer des situations en cours de définition. Le fait que la RQTH est en cours indique également une situation non aboutie pour le statut administratif, mais également une étape où le salarié peut être en plein processus d'acceptation du handicap (de la maladie) : le "temps du changement" serait-il en marche pour ces situations ? Et pourtant ces salariés semblent adopter un mode de communication dans l'entreprise plus ouvert, par rapport à leur état de santé (Tableau 21), sûrement par un besoin de justifier les effets "non visibles" de la maladie, impactant pourtant la réalisation de leur travail.

Typologie d'interventions	Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise			
	En parle ouvertement	En parle avec restrictions	Ne veut pas en parler	Total
« Délicates »	4	4	1	9
« Succinctes »	3	0	0	3
« Techniques »	2	6	2	10
Total	9	10	3	22

Tableau 21 : Communication du salarié autour de la maladie suivant la typologie.

Toujours pour les interventions dites "délicates", un autre facteur de complexité dans 8 cas sur 9, est le fait que la situation du salarié implique des coûts humains, de la compensation des difficultés par l'équipe au remplacement du salarié sur certaines tâches, ce qui n'est pas systématiquement le cas pour les interventions "techniques".

5.2.2. Les préoccupations et actions de l'ergonome

❖ ***De l'origine de la demande aux préoccupations de l'ergonome***

L'aggravation de l'état de santé est un motif commun à toutes les interventions, pour l'enclenchement d'une action de maintien dans l'emploi. Le risque d'inaptitude, présent dans 10 interventions sur 22, n'est pas un élément affiché, car il n'est pas indiqué dans les demandes d'interventions. Nous notons peu de différences entre les différents types d'interventions, dans les éléments qui les justifient. Seule l'évolution de l'environnement technique est plus présente pour les interventions « techniques » que pour les autres.

Éléments justifiant l'action de maintien dans l'emploi ? (dont x cas dans la demande d'intervention initiale)	Typologie d'interventions			Total
	Délicates Oui (/9)	Succinctes Oui (/3)	Techniques Oui (/10)	/22
Aggravation de l'état de santé	9 (8)	3 (3)	9 (8)	21
Risque d'inaptitude	5 (0)	1 (0)	4 (1)	10
Évolution de l'environnement technique	2 (1)	2 (1)	5 (1)	9
Évolution des tâches	4 (0)	2 (1)	3 (0)	9
Adaptation / reclassement	3 (1)	1 (1)	2 (1)	6

Tableau 22 : Éléments justifiant l'action de maintien dans l'emploi suivant la typologie d'interventions.

De nombreux éléments n'apparaissent pas dans la demande d'intervention, ce sont autant d'éléments que l'ergonome doit détecter, investiguer au cours de son intervention et qui la conditionneront.

D'après le tableau 23, nous ne notons pas beaucoup de différences entre les profils d'interventions : les préoccupations se retrouvent dans des proportions semblables hormis pour le manque de moyens de faire un travail de bonne qualité. Cette préoccupation est

largement plus présente pour les interventions "délicates" (6/9) que pour les interventions "techniques".

Du point de vue de la santé du salarié, les aspects du travail suivants ont-ils été une préoccupation pour l'ergonome lors de son intervention ?	**Typologie d'interventions**			
	«Délicates»	«Succinctes»	«Techniques»	Total
Postures contraignantes	9	3	10	22
Effort, port de charges lourdes	8	1	5	14
Gestes répétitifs	9	3	8	20
Importants déplacements à pied	5	1	3	9
Station debout prolongée	4	0	2	6
Dépasser ses horaires normaux	2	0	2	4
Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause	3	1	3	7
Travail manquant de variété	1	1	0	2
Avoir peu de liberté d'agir	4	1	2	7
Manque de possibilités d'entraide, de coopération	4	2	5	11
Manque de moyens de faire un travail de bonne qualité	6	2	2	10
Manque de reconnaissance de son travail par son entourage professionnel	4	1	4	9
Travailler avec la peur de perdre son emploi	4	1	3	8

Tableau 23 : Préoccupations de l'ergonome suivant la typologie d'interventions.

- ***Les actions de l'ergonome***

Pour les interventions dites "techniques", les actions engagées par l'ergonome ne sont pas moins importantes mais plutôt moins nombreuses et fortement sélectionnées au regard de la situation. Ces interventions plus économiques en actes et en étapes sont en conséquence également moins longues (cf. tableau suivant, 24), sachant qu'une part du "travail" a déjà été bien entamée par l'entreprise (comme indiqué en 6.2.1.). En effet, le diagnostic est rare (1/10), les observations ne sont réalisées qu'une fois sur deux (5/10) de même que les échanges avec le responsable direct (5/10), et les échanges avec les collègues sont plus rares encore (3/10). Il y a très peu de dessins réalisés (1/10). Ce sont des interventions où la recherche de solutions est plutôt directe. Pour ce type d'interventions, seules les recherches simples et poussées de fournisseurs particuliers, la réalisation de devis apparaissent comme des actions très développées.

Types d'interventions	Distance à la date d'attribution du compte-rendu final d'intervention			Total d'interventions avec compte-rendu final
	De 11 à 20 semaines	Entre 20 et 30 semaines	Au-delà de 30 semaines	
« Délicates »	0	3	6	9
« Succinctes »	2	0	1	3
« Techniques »	6	0	2	8
Total	8	3	9	20

Tableau 24 : Empan temporel des interventions suivant la typologie[50]

Dans les interventions dites « délicates », au regard d'un état de santé souvent moins caractérisé, plus flou, où l'incertitude est plus grande, d'une demande d'intervention insuffisamment renseignée, impliquant une nécessité de "décortiquer" toutes les dimensions de la situation problématique et en conséquence d'une masse de préoccupations, l'ergonome déploie davantage d'étapes et d'actions dans sa démarche. Ce sont les interventions les plus longues. Pour 8 interventions sur 9, les comptes-rendus d'intervention, une des étapes finalisant l'intervention, sont plutôt réalisés au-delà de 27 semaines d'intervention, soit des interventions qui durent en général plus de 7 mois. Mais elles sont aussi les plus denses en étapes, en rendez-vous, 5,7 rendez-vous pour 5,2 jours en moyenne. L'ergonome, dans ces interventions, réalise en moyenne 20,6 contacts en face à face : ces derniers sont privilégiés par rapport aux autres types d'interventions. Les plus délicates sont plus fouillées (cf. tableau 25) comportant des diagnostics, des observations de l'activité de travail, des échanges avec les collègues et avec le responsable direct, des dessins. Hormis pour les interventions succinctes, l'ergonome explique ou réexplique les aides financières possibles la plupart du temps.

	9 interventions « délicates »	10 interventions « techniques »
Diagnostic	**6/9**	1/10
Observations de l'activité de travail	**9/9**	5/10
Échanges avec les collègues du salarié	**8/9**	3/10
Échanges avec le responsable direct	**8/9**	5/10
Dessins	**6/9**	1/10
Recherche simples de fournisseurs particuliers	7/9	8/10
Recherche poussée de fournisseurs particuliers	9/9	10/10

Tableau 25 : Comparatif des interventions «délicates» et «techniques», selon les actes de l'ergonome.

[50] Nous définissons l'empan temporel des interventions grâce au moment de réalisation et de remise du compte-rendu final d'intervention. Car c'est une étape quasi-systématique des interventions (20/22), intervenant à la fin de la démarche. La réunion de finalisation n'a pu être retenue, n'intervenant que dans 13 interventions sur 22.

Les interventions « succinctes » restent bien évidemment les plus courtes, avec en moyenne, 1,3 rendez-vous réalisés en entreprise, pour un nombre de jours total de 2. Même si la proportion d'actions est bien moindre pour ces interventions, l'ergonome essaye de faire aboutir la demande, ne ménage pas ses efforts avec en moyenne, 1,7 relances, 4,3 contacts en face à face et 13,3 mails (ce qui représente environ 3 fois moins de mails que les autres types d'intervention). Ces interventions se limitent souvent à un rendez-vous, puis à des échanges à distance, notamment par mails.

❖ ***Propositions d'aménagements en fin d'intervention ergonomique***

Par ce tableau n°26, il est possible de comparer les types d'intervention avec les types d'aménagements proposés par l'ergonome en fin d'intervention.

	Types d'intervention			
Types d'aménagements	« Délicates » (9)	« Succinctes » (3)	« Techniques » (10)	Total
Mobilier	9	0	7	16
Outils de travail	9	1	10	20
Espace de travail	6	0	3	9
Accessibilité	3	0	1	4
Informatique	6	0	5	11
Organisation du temps de travail	2	0	3	5
Organisationnels	7	0	1	8
Télétravail	3	0	0	3
Total	45	1	30	76
Moyenne d'aménagements par intervention	5	0,3	3	environ 3,5

Tableau 26 : Les catégories d'aménagements suivant les types d'intervention.

Ces résultats vont dans le même sens que les tendances précédemment exposées : davantage de propositions pour les interventions « délicates » par rapport aux interventions « techniques », avec des moyennes de 5 et 3 respectivement.

Les propositions d'aménagement dans ces interventions dites « techniques » (au nombre de 10) se répartissent plutôt entre le mobilier (7), les outils de travail (10) voire les aménagements informatiques (5/10). Pour ces interventions, les petits aménagements techniques (<2000 €) sont privilégiés dans la moitié des cas (5/10).

Mais dans les interventions « délicates », les types d'aménagements sont divers, répartis sur les 8 types d'aménagements possibles, et plus nombreux. Les types d'aménagements concernant le mobilier et les outils de travail sont systématiquement proposés. Les propositions d'aménagements concernant l'accessibilité ont la particularité d'être proposés

essentiellement dans les interventions "délicates". Il faut savoir que ce type d'aménagement subit des restrictions de financements de l'AGEFIPH. Théoriquement, l'ergonome ne devrait pas aborder ce type d'aménagement mais il se garde cette possibilité d'aménagement dans des situations bien spécifiques, avec une complexité avérée, comme celles rencontrées dans les interventions «délicates». Les aménagements organisationnels permettent de différencier fortement les interventions «délicates» (7/9) des interventions «techniques», où il n'y a qu'une intervention sur 10 qui a fait l'objet de propositions de cet ordre. Enfin, les propositions de télé travail sont réalisées essentiellement dans les interventions «délicates».

- ***Les doutes de l'ergonome***

A la fin des interventions orientées solutions techniques, l'ergonome est plutôt confiant, même s'il propose moins d'aménagements. Il n'a pas ou peu de doutes concernant l'acceptation des aménagements par l'entreprise (1/10) et leur mise en place (1/10) et le fait que les préconisations suffisent (3/10). Il conserve en revanche des doutes sur le fait que les aménagements retenus suffisent (8/10).

Pour les interventions «délicates», l'ergonome doute davantage de l'acceptation des aménagements par l'entreprise et par les collègues (5/9 interventions avec ces doutes), la mise en place des aménagements (6/9 interventions «délicates»), et sur le fait que les aménagements retenus suffisent (6/9). Les interventions plutôt délicates s'accompagnant d'une moindre confiance de l'ergonome dans les retombées de ses propres propositions.

5.2.3. Le déroulement de l'intervention ergonomique

- ***Le déroulé temporel***

Les interventions «délicates», en plus des facteurs de complexité précédemment présentés, sont les interventions dont le déroulement est plus incertain, vis-à-vis du programme de départ de l'ergonome. Par rapport aux interventions «techniques», les interventions «délicates» ont un peu plus de dérives d'essais, de rendez-vous reportés, d'attentes de plus d'une semaine, de plus d'un mois, d'attentes dites perturbantes. Dans ces situations, l'ergonome met davantage de temps pour fixer le premier rendez-vous avec l'ensemble des acteurs nécessaire, en moyenne, 6,3 semaines depuis l'attribution, et doit réaliser 3,3 relances d'acteurs de l'intervention. L'ergonome est mis en difficulté pour la prise des rendez-vous d'essais pour les interventions «délicates» : une dérive de 3,4 pour les interventions "délicates" vs -0.2 pour les interventions "«techniques»" où ces rendez-vous sont même parfois avancés par rapport aux rendez-vous prévus. Globalement tous les rendez-vous sont davantage reportés dans les "délicates" (2) que dans les «techniques» (1.2). Le tableau (en page suivante) permet de comparer les différents types d'interventions de ce point de vue.

Moyennes	Interventions succinctes (3)	Interventions «techniques» (10)	Interventions «délicates» (9)
Nombre de rendez-vous réalisés	1,3	4,4	5,7
Dérive des observations		2,2	1,3
Dérive des essais	0,0	-0,2	3,4
Report du premier rendez-vous	4,7	5,2	6,3
Nombre totale de jours	2,0	4,1	5,2
Nombre de Rendez-vous reportés	0,3	1,2	2,0
Nombre de mails sans réponse	0,0	1,4	1,1
Attentes de plus d'1 semaine	2,0	4,2	5,0
Attentes de plus d'1 mois	2,3	2,3	3,9
Attentes perturbantes	3,3	3,1	5,3
Nombre de relances	1,7	2,5	3,3
Nombres de contacts face à face	4,3	13,4	20,6
Nombres de contacts par mail	13,3	43,2	43,7

Tableau 27 : Perturbations du déroulé temporel des 3 types d'interventions et actions engagées

Rappelons que l'une des différences qui caractérisent d'une part les interventions «techniques » et d'autre part les interventions « délicates » est la longueur des interventions, avec un empan temporel plutôt au dessus des 27 semaines (cf. partie. 5.2.2. Tableau 24 : Empan temporel des interventions suivant la typologie).

Quoiqu'il en soit pour les interventions « techniques », même si la recherche de solutions semble plus directe, elle n'en est pas plus facile car l'ergonome réalise, en moyenne, tout de même 4,4 rendez-vous pour ces interventions « techniques » sur 4,1 jours. Un nombre de jours équivalent aux interventions « délicates », quoiqu'un peu inférieur, peut s'expliquer par les recherches de solutions techniques au bureau, la prise de rendez-vous plus ou moins complexes, surtout avec plusieurs fournisseurs ou plus d'allers-retours pour les essais (comme nous le présenterons dans un exemple d'intervention « technique », au paragraphe 6.2. ci-après). Au cours des interventions « techniques », les interactions par mail sont privilégiées (43.2 en moyenne) par rapport aux interactions en face à face (13,4 en moyenne). Et c'est encore plus vrai lorsqu'il y a des attentes perturbantes, l'ergonome envoie alors davantage de mails.

Enfin, pour les interventions « succinctes », aussi surprenant que cela puisse paraître, malgré le format court de ces interventions, les attentes n'en sont pas moins nombreuses et moins présentes que pour les autres types d'intervention, notamment les interventions «techniques», avec en moyenne, 2 attentes de plus d'une semaine, 2,3 attentes de plus d'un

mois et 3,3 attentes perturbantes. Dans ces cas, l'ergonome attend l'acceptation du salarié et/ou de l'entreprise, avec des interlocuteurs parfois éloignés (géographiquement) de la situation pour enclencher l'intervention en soi.

❖ ***Les acteurs impliqués***

Les interventions « techniques » impliquent moins d'acteurs mais toujours les acteurs nécessaires à la démarche de maintien dans l'emploi (par ailleurs souvent à l'initiative de celle-ci) sont présents : toujours le médecin du travail, le chargé SAMETH (7/10), l'employeur (6/10) et enfin les directeurs ou responsables Ressources Humaines (6/10). Dans les interventions dites "délicates", ces derniers sont aussi très souvent présents mais dans la plupart des cas le responsable direct et les collègues sont également identifiés comme agissants et impliqués au cours de l'intervention, en complément. Ce qui n'est plus le cas pour les interventions «techniques » ni les « succinctes ».

	Interlocuteurs en contact avec l'ergonome						
	Responsable direct			Collègues			
Types d'intervention	Disponibilité temporelle	Implication	Contacts fréquents	Disponibilité temporelle	Implication	Contacts fréquents	Total
«délicates»	**5**	**6**	**7**	**6**	**5**	**7**	9
«techniques»	1	1	3	1	1	1	10
«succinctes»	2	2	1	0	0	0	3

Tableau 28 : Place du Responsable direct et des collègues dans l'intervention, suivant la typologie

L'ergonome rencontre en face à face les collègues au moins deux fois par intervention. Sur la globalité des interventions, cela se produit plutôt dans les interventions « délicates » où les services « techniques », informatiques, achats sont les plus sollicités en direct par l'ergonome. Par le tableau 29, on note l'importance des interactions avec le responsable direct et les collègues dans les interventions dites "délicates". Accéder à ces acteurs, les impliquer permet à l'ergonome d'être au plus près de la réalité du travail, notamment pour ces situations assez complexifiées. C'est avec ces acteurs (mais aussi le salarié) qu'il va construire des pistes des solutions au niveau de l'organisation du travail. Cela rejoint le fait qu'il réalise des propositions d'ordre organisationnel, pour 7 interventions sur 9, comme nous l'avons vu précédemment.

Toujours, pour les interventions dites "délicates", l'ergonome rencontre ou intègre aux rendez-vous au moins une fois le SAMETH, ce qui est beaucoup plus rare pour les interventions "techniques" où les contacts à distance sont privilégiés.

6. Des exemples d'interventions

Chacun de ces types d'interventions sera illustré, explicité par le récit d'une de ces interventions qui nous a semblé typique de cette catégorie.

6.1. Une intervention « succincte », RECHERCHE

L'intervention « succincte » que nous avons choisi de présenter se situe dans un grand organisme de recherche pour Monsieur CHE, chargé d'études administratives et statistiques, déjà en télé travail. La demande émise par l'assistante sociale, formule une inadéquation entre le handicap physique et l'équipement actuel, impliquant une compensation manuelle et vocale, réalisée actuellement par sa mère. Étant en fauteuil roulant manuel avec assistance respiratoire, sa situation nécessite l'aide permanente d'une tierce personne. Atteint d'une myopathie, le salarié a des limitations importantes et nombreuses (ce qui caractérise également les autres interventions « succinctes ») pour réaliser tout effort physique, le port de charges et les déplacements. Il a des difficultés d'ordre gestuel, postural, pour saisir des objets et des problèmes de fatigabilité. Pour travailler, il ne peut utiliser essentiellement que l'index droit, ses yeux et sa voix.

L'intervention a débuté avec des interrogations concernant le financement de l'action de l'ergonome par l'entreprise ou par l'AGEFIPH. Cette incertitude a provoqué, dès le départ, un décalage d'une semaine dans la prise en charge de l'intervention par l'ergonome et de multiples échanges téléphoniques et par mail Au vu des limitations importantes du salarié, avant même de rencontrer ce dernier, l'ergonome a pris la précaution de rechercher quelles aides techniques étaient possibles au niveau informatique, pour avoir une idée de ce qui existe.

Le premier rendez-vous a été complexe à organiser car il devait se réaliser au domicile du salarié et non dans l'entreprise (comme à l'accoutumée), et réunir néanmoins tous les interlocuteurs concernés : l'assistante sociale, le médecin du travail, la responsable directe et le salarié. Au cours de ce premier (et finalement unique) rendez-vous, l'ergonome a annoncé un planning d'intervention avec une visée à moyen terme prenant en compte ses propres contraintes mais surtout les contraintes de production et d'activité du service, laissant penser à des délais plus longs. Ces propositions tenaient également compte de la perspective de changement du fauteuil roulant du salarié. Ce n'est ni l'entreprise, ni les délais AGEFIPH, comme pour ASSUR et PREVRETRAITE, qui ont conduit à l'interruption de l'intervention, mais c'est le salarié qui en a exprimé la volonté. Craignant des délais d'interventions trop longs, délais pourtant convenus avec l'ensemble des acteurs et lui-même, il a préféré opter pour des solutions informatiques mises en place en interne, démarche par ailleurs conseillée par l'ergonome. Cette démarche ne répond pas à toutes les contraintes identifiée par l'ergonome ; ce n'est qu'un début pour ce consultant.

A la suite de ce refus, l'assistante sociale et la responsable ont exprimé leur mécontentement par rapport à la mobilisation nécessaire des différents acteurs pour la mise

en place de cette intervention. L'analyse qu'en a fait l'assistante sociale est que Monsieur CHE ne voulait pas perturber son organisation, ni se faire observer, et encore moins qu'on se rende compte qu'il travaille peu. L'ergonome n'a pas pu poursuivre son intervention sans l'adhésion du salarié mais, dans cette situation, il a laissé la possibilité à l'entreprise de le rappeler au besoin.

Entre les modalités de financement de l'intervention, les difficultés à fixer les premier rendez-vous, le refus du salarié suite à l'envoi de la proposition d'intervention et les essais de négociation des acteurs de l'entreprise pour poursuivre tout de même la démarche, cette intervention, totalisant seulement deux jours et demi, n'a cessé de subir des attentes, dont 3 considérés comment perturbantes. Elle a mobilisé, ou du moins préoccupé, l'ergonome pendant près de trois mois.

6.2. Une intervention « technique », ASSURO

L'intervention réalisée au sein d'ASSURO, pour Madame MEI sera décrite et utilisée pour illustrer le type d'interventions « techniques ». C'est une entreprise prestataire de service pour des assurances et des mutuelles, employant 35 personnes. Sa mission est d'assurer et de prendre en charge la gestion des dossiers sinistres automobiles (matériels et corporels) pour ses clients. Madame MEI, 36 ans, la salariée faisant l'objet de l'intervention, y travaille depuis 4 ans dans la plus grosse équipe, l'équipe sinistre automobile matériel, en tant que gestionnaire. Elle a une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Les signes de sa maladie, la Chorée de Huntington, sont très visibles avec des saccades gestuelles importantes, des pertes d'équilibre, une diminution caractéristique de la force, des difficultés gestuelles, de préhension et des difficultés d'élocution. Mais elle en parle avec beaucoup de difficultés, si bien que l'entreprise et le médecin du travail échangent davantage à ce sujet avec le conjoint de la salariée. Notons que l'entreprise et le médecin du travail proposent à l'ergonome de contacter directement ce dernier, avec qui ils dialoguent souvent. L'ergonome a plutôt proposé que ce soit plutôt lui qui l'appelle, ce qui traduit une approche particulière de la salariée, avec le souci de respecter sa vie privée et son intimité. Cette approche de la salariée avait pour objectif, pour l'ergonome, d'être progressive et prudente pour aider la salariée à accepter les futurs aménagements. Finalement, ce sera la salariée qui l'appellera. Par cet échange qui se produit le lendemain du premier rendez-vous en entreprise, la compréhension des difficultés de la salariée, utiles à la conception d'aménagements adaptés, se poursuit, mais également avec la RRH, toujours par téléphone.

Dans cette entreprise ASSURO, les raisons qui motivent l'action de maintien dans l'emploi sont toutes indiquées dans la demande d'intervention : l'aggravation de l'état de santé et l'évolution de l'environnement technique.

Connaissant cette approche de la maladie par l'entreprise, nous allons examiner les actions de l'entreprise en faveur du maintien dans l'emploi de Madame MEI. Cette entreprise a récemment travaillé sur l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble de ses salariés ; dans cette optique, un déménagement a été réalisé avant l'intervention, tenant compte

explicitement des difficultés de déplacements de Madame MEI, en étant particulièrement attentive à l'accessibilité des nouveaux locaux (peu de marches, présence d'un ascenseur). Nous retrouvons là l'une des caractéristiques principales des interventions "techniques", un travail bien entamé par l'entreprise dans lequel doit s'inscrire l'ergonome. En effet, Assuro a déjà pensé et réalisé des aménagements importants à destination de Madame MEI, concernant l'organisation et l'espace de travail :

- Le bureau et l'emplacement du poste de travail ont été choisis en fonction de la proximité des toilettes et d'un mur proche de son bureau pour l'aider lorsqu'elle se relève.

- Du fait de ses difficultés d'élocution, elle ne reçoit plus d'appels téléphoniques, son collègue les prend en charge ou elle répond par écrit (mail ou courrier).

Ayant pris connaissance de ces initiatives, lors du premier rendez-vous, l'ergonome vérifie que les aménagements organisationnels réalisés par l'entreprise semblaient bien adaptés, valides et pérennes. De ce fait et après cette vérification, l'ergonome oriente la plupart de ses actions vers des recherches de solutions techniques visant l'amélioration de l'installation au poste de travail bureautique, de l'usage des outils informatiques et la circulation au sein de l'entreprise. Cette intervention a abouti à des aménagements d'ordre technique pour le travail au poste bureautique de la salariée :

- un siège avec frein, un réglage de la hauteur d'assise en continu par vérin électrique à main et de multiples réglages pour permettre au siège de s'adapter au plus près de la morphologie de la salariée,
- un pupitre support de documents coulissant,
- des repose-poignets pour l'utilisation du clavier et de la souris,
- la fixation de poignées sous le plan de travail pour l'aider à se rapprocher de son poste de travail
- et une nouvelle disposition de l'imprimante pour lui donner davantage d'autonomie pour l'utiliser.

Mais au-delà de ces aménagements techniques, la situation a soulevé plusieurs préoccupations pour l'ergonome. L'accessibilité dans l'entreprise a aussi été un des points de préoccupation majeure dans cette intervention, cela a permis d'aboutir à l'installation de mains courantes sur le cheminement de l'entrée de l'entreprise au bureau de Madame MEI. Cela a fait l'objet de multiples réflexions entre l'ergonome, l'entreprise et le fournisseur par rapport à la faisabilité technique, l'usage des locaux par les collègues et le fait que l'entreprise est locataire de ses locaux de travail, ce qui limitait les possibilités.
Hormis ces aspects techniques, plusieurs autres points ont été abordés : les modalités de prises des repas de midi par la salariée et ses trajets domicile – travail, mais aussi le contenu du travail et les tâches à réaliser, avec le risque de changement de poste du collègue qui aide beaucoup Madame MEI. En effet, les conditions d'entraide et de coopération ont été un des fils conducteurs implicites de l'intervention. Au cours du rendez-vous destiné aux essais, l'ergonome se rend compte de l'aide précieuse du collègue situé en face de la salariée :

gestion des appels téléphoniques, apport des outils nécessaires au travail. A la fin de ce rendez-vous, la RRH parle des projets de l'entreprise et d'un changement de poste probable pour ce fameux collègue aidant : une alerte se déclenche dans la réflexion de l'ergonome sur ce changement organisationnel qui risque de bouleverser l'équilibre établi pour la salariée. Aussi l'ergonome rappelle et insiste sur ce point de basculement possible avec tous les acteurs du maintien dans l'emploi réunis au cours de la réunion de finalisation : RRH, PDG, Médecin du travail, SAMETH et salariée. Ainsi, en fin d'intervention, même si des points de vigilance sont soulevés, l'ergonome a cependant deux doutes :

- par rapport à l'acceptation des aménagements par les collègues, ceci étant aggravé par le risque du changement de poste du collègue proche aidant ;

- sur le fait que les aménagements retenus suffisent, en lien avec l'évolution possible de la maladie de la salariée.

ASSURO correspond bien au tableau que l'on dépeint des interventions «techniques» dans ce paragraphe à plusieurs titres : une intervention orientée sur les solutions techniques, grâce au travail réalisé préalablement par l'entreprise, pour une salariée avec une situation médico-administrative connue et "stabilisée" et des difficultés de santé visibles. Cette intervention rejoint aussi les "techniques" sur le déroulé temporel de l'intervention avec une intervention de moins de 5 mois et des actes plutôt orientés sur les recherches de solutions et des essais. Avec un empan temporel officiel de l'intervention de trois mois, ce dernier s'est étalé en réalité sur quatre mois et demi avec un volume de 4 jours, mais la phase active de l'intervention s'est plutôt située au début de cette période. Un temps de réflexion a été nécessaire pour l'ergonome, par rapport à l'installation efficace de mains courantes, pour aider le cheminement de la salariée dans l'entreprise et jusqu'à son poste, sur 6 semaines avec le fournisseur, les collègues ergonomes et l'entreprise. Ce temps correspond aussi à la période active de la fenêtre d'intervention, qui engendre des actions, des réflexions de la part de l'ergonome mais aussi des autres acteurs. Une des conséquences a été que l'ergonome a interagi avec l'entreprise, plus d'un mois après la fin officielle : dans ce cas, l'entreprise avait besoin de plus de temps pour mener à bien sa réflexion sur les aménagements proposés, en fonction de ses propres contraintes (notamment le fait d'être locataire de ses locaux professionnels). Il y a eu plusieurs demandes de modifications de devis en fonction de ces réflexions et d'erreurs de la part du fournisseur.

Le déroulement chronologique prévu de l'intervention a été assez perturbé, avec entre autres un mois et demi d'attente pour une première rencontre, puis un rendez-vous reporté, 2 mails sans réponses, 3 attentes de plus d'un jour et de moins d'une semaine, et une attente de plus d'un mois. Tout cela peut s'expliquer en partie par deux problématiques en lien avec l'histoire de l'entreprise : d'une part c'est la première situation de ce type que la RRH a eue à gérer, et d'autre part l'entreprise n'avait, à cette période, pas de médecin du travail attitré (leur médecin du travail était en arrêt maladie).

6.3. Une intervention « délicate », BUROBAT

L'intervention « délicate » présentée dans cette partie concerne Madame ANA, comptable depuis 10 ans au sein du service Clients d'un bureau d'études et d'ingénierie. Elle exerce son activité au siège employant environ 200 personnes mais dans une petite équipe. Au sein de ce service, chaque comptable gère un contrat client de la saisie à la facturation avec une certaine autonomie d'organisation, des objectifs mensuels (à raison de 420 factures par mois) et la gestion d'un portefeuille de clients. Nous trouvons là le premier facteur de complexité de cette intervention : une petite équipe avec une activité très spécifique nécessitant une expertise forte, un accroissement d'activité et un effectif instable, marqué par de l'absentéisme (et pas seulement celui de la salarié concernée). Ce service se retrouve relativement fragilisé, avec des difficultés pour remplacer, puisque cette activité nécessite un temps de formation important avant de pouvoir être opérationnel. Le n+2 de la salariée, Directeur Comptable, compense une partie de l'activité pour limiter le retard, sachant que c'est par ce service que l'entreprise recouvre ses ressources financières.

Un autre facteur de complexité concerne l'histoire de la salariée, son état de santé assez fluctuant. Madame ANA a d'importantes douleurs principalement au niveau du rachis dorso-lombaire, en lien avec une spondylarthrite ankylosante avec des crises inflammatoires imprévisibles. Elle notifie également un ulcère lié aux traitements, et une sciatique impactant le fonctionnement de sa jambe gauche. Madame ANA effectue la majorité de son temps de travail à son poste informatique, or le maintien de la position assise statique est complexe pour elle. La configuration de son poste de travail impose des torsions du tronc douloureuses. Elle présente une fatigue physique en fin de journée. Au cours des observations et essais, elle évoque d'autres difficultés : des poignets et genoux douloureux. Des difficultés de concentration s'ajoutent au tableau clinique. L'incertitude est le maître mot caractérisant son état de santé.

Les difficultés de gestion de la maladie par la salariée elle-même s'expriment tout au long des entretiens avec l'ergonome. Ces difficultés concernent la compréhension de la maladie et de ses effets, la connaissance de son corps, l'acceptation de la maladie et le fait de vivre avec, mais aussi la gestion des traitements en fonction de l'activité. Le fait qu'elle ait des difficultés pour s'occuper de ses enfants influe sur l'acceptation qu'elle pourrait avoir de la vie avec la maladie.

Sa situation médico-socio-administrative est également complexe et instable. A la suite d'un arrêt de travail de 7 mois, elle a repris le travail en juillet 2011, en mi-temps thérapeutique jusqu'à février 2012. Depuis cette date elle doit prendre des arrêts de travail fréquents et imprévisibles. La question de la poursuite du temps partiel thérapeutique court tout au long de l'intervention et préoccupe l'ergonome. De plus, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) est en cours. Là encore, sa situation administrative, visant une prise en charge, est instable et en cours de construction.

Au-delà du fait que la salariée soit fortement expérimentée, l'un des facteurs de complexité de cette situation est l'incompréhension de la situation de la salariée, de ses difficultés de santé par son entourage professionnel, des collègues au responsable, une incompréhension vis-à-vis des douleurs exprimées, des arrêts de travail à répétition. L'entreprise semble ne plus pouvoir se fier à elle. Au cours de l'intervention, nous remarquons une communication amoindrie entre elle et ses collègues. Son responsable direct, qui est son voisin de bureau, cherche lors de l'intervention ergonomique à en savoir un peu plus sur les difficultés, peu visibles, de sa comptable et comment contribuer à son maintien dans l'emploi. La DRH présente au début de l'intervention ergonomique se désengage peu à peu et laisse la main au directeur comptable. Embarrassés, les acteurs de l'entreprise n'ont pas entrepris d'aménagements avant l'intervention de l'ergonome, hormis une nouvelle organisation du temps de travail, en lien avec le temps partiel thérapeutique.

Avec tous ces facteurs de complexité, l'intervention ne s'est pas déroulée sans encombre. On dénombre entre autres 3 rendez-vous reportés, 5 attentes de plus d'un mois, 6 attentes perturbantes et en conséquence, 5 relances de la part de l'ergonome. Les origines de ces "accidents de calendrier" sont bien évidement les arrêts de travail répétitifs et plus ou moins longs (ce qui rend la prise de rendez-vous complexe), l'évolution de l'état de santé mais aussi le manque ou le défaut de réponse d'un interlocuteur, en l'occurrence la Directrice des Ressources Humaines. Ceci amènera l'ergonome à changer d'interlocuteur privilégié et de personne ressource au sein de l'entreprise, pour le Directeur Comptable, n+ 2 de la salariée. En outre un défaut de réponse concernant la validation du matériel essayé retarde l'envoi du rapport d'intervention final.

Des difficultés supplémentaires, non directement liées à l'activité de travail, mais impactant la possibilité de se rendre à son entreprise, existent pour la conduite automobile. Madame ANA les exprime pour le passage des vitesses avec la jambe gauche mais aussi des difficultés de concentration en lien avec les traitements médicamenteux. Deux solutions ont été trouvées, l'une collective : ses collègues la ramènent chez elle, sur leur propre temps de travail ; et l'autre individuelle : elle choisit de prendre son traitement à son arrivée au travail.

Sachant que cette situation ne peut perdurer, avec ces difficultés de transport, l'ergonome sollicite le SAMETH qui n'avait pas été mis dans la boucle initialement, afin de travailler sur l'aménagement du véhicule. Les échanges de l'ergonome et du SAMETH (habitués à travailler ensemble) sur la situation de la salariée, en l'analysant conjointement, permettront à la chargée SAMETH de mettre en place avec la salariée un appui psychologique une fois tous les 15 jours, très bénéfique au sens de la salariée. L'analyse conjointe de la situation s'effectue à deux reprises par téléphone. Entre temps, la chargée Sameth a rencontré la salariée pour prendre en charge son dossier. La présence du SAMETH lors de la réunion de finalisation permet d'aborder l'aménagement du véhicule, d'être un appui pour l'ergonome vis-à- vis des propositions de télétravail, de nouvelle attribution des tâches et d'affection d'une place de parking plus proche dédiée à la salariée. Ces propositions sont aussi portées

par le médecin du travail. Une nouvelle répartition du travail a été proposée au cours de l'intervention pour permettre à la salariée de réaliser une part de son travail en télétravail. Le télétravail doit permettre de limiter les trajets en voiture particulièrement fatigants pour elle et de poursuivre son activité professionnelle même en cas de crises où elle peut difficilement se mobiliser. Le SAMETH se permet aussi d'aborder la piste de l'invalidité pour réduire de façon pérenne le temps de travail. La présence de cet acteur est une façon pour l'ergonome de poursuivre une démarche de suivi de la salariée au-delà de sa propre intervention.

L'intervention a permis d'aborder des sujets jamais évoqués, et de poser les différentes dimensions de la problématique, d'impulser de la réflexion. Mais pour l'ergonome, ce n'est qu'un début. A l'issue de l'intervention, subsistent pour elle de nombreux doutes par rapport à l'acceptation des aménagements par l'entreprise et par les collègues, à la mise en place des aménagements et sur le fait que les aménagements retenus suffisent. En particulier, elle se demande si les pistes concernant l'attribution d'une place de parking et le télétravail vont réellement être étudiées et mises en œuvre par l'entreprise, étant donné l'"état" du service.

Chacun de ces exemples fait apparaître l'importance des trois dimensions temporelles déterminantes pour l'action de l'ergonome et pour l'atteinte de l'objectif commun, le maintien dans l'emploi, ces trois dimensions dont nous reprendrons l'examen dans le chapitre suivant : l'histoire de l'entreprise avec son collectif de travail, son organisation et son engagement (actions et acteurs), les actions entreprises engagées ou non ; l'histoire du salarié avec son lot d'incertitudes ; l'épisode IME avec la façon dont il a été initié. Bien que ces 3 interventions elles-mêmes puissent faire l'objet d'analyses plus précises, on verra que nous avons choisi d'approfondir ces points de réflexions avec des analyses réalisées sur d'autres matériaux telles que les simulations d'interventions et les suivis d'interventions avec d'autres ergonomes. Dans l'immédiat, et pour conclure ce chapitre, cette dernière partie nous permettra de donner des indications sur la spécificité de la maladie chronique évolutive dans l'intervention de l'ergonome, objet spécifique de cette recherche. Nous ne ferons que l'aborder ou plutôt amorcer la réflexion car ceci sera développé au cours du chapitre 9.

7. La spécificité de la maladie chronique sur l'intervention de l'ergonome

Au cours de l'exploitation de l'ACM, nous avons pu détecter des « variables supplémentaires » - c'est-à-dire positionnées après construction des axes, celle-ci reposant sur les variables « actives » - présentant des modalités très différentes, bien différenciées, intéressantes à analyser. Parmi celles-ci, 5 ont trait à la maladie chronique :

- Une limitation concernant tout effort physique
- Une organisation du travail particulière en fonction de la prise de traitements
- Une organisation de la prise de traitements particulière en fonction du travail

- Les modes de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise : le salarié en parle ouvertement ou en parle avec restrictions ou ne veut pas en parler
- le fait que l'appareil neurologique est ou non atteint du fait de la maladie.

Leur examen plus attentif enrichit la lecture des découpages déjà proposés.

7.1. L'état de santé et son évolution

L'état de santé impacte inévitablement le déroulement de l'intervention de l'ergonome. Les deux variables qui ressortent pour aborder l'état de santé des 22 salariés sont la limitation concernant tout effort physique mais aussi le fait que l'appareil neurologique soit atteint du fait de la maladie (Tableau 30). Aussi, l'évolution de l'état de santé apparaît comme perturbante pour le déroulé de l'intervention aussi bien pour les salariés malades "neurologiques" (soit 10 interventions sur 11) que pour les salariés ayant des limitations pour tout effort physique (soit 5 interventions sur 6).

	Une évolution de l'état de santé influence le déroulé de l'intervention ergonomique…		
Limitations pour tout effort physique	Non	Oui	Total
Non	8	8	16
Oui	1	5	6
Total	9	13	22
Appareil neurologique atteint par la maladie chronique			
Non	8	3	11
Oui	1	10	11
Total	9	13	22

Tableau 29 : L'évolution de l'état de santé comme facteur influençant l'intervention, pour les situations où le salarié a des limitations de tout effort physique ou lorsque l'appareil neurologique est atteint

Cela nous amène à examiner de plus près dans quelles circonstances l'évolution de l'état de santé influence l'intervention (Tableau 31). Il s'avère que cela se produit plutôt quand les difficultés de santé sont visibles et que l'aggravation de l'état de santé était déjà notifiée dans la demande d'intervention. 13 interventions sur 22 sont perturbées par une évolution de l'état de santé, ce qui représente plus de la moitié des interventions, 8 de ces interventions sont aussi impactées par un ou des arrêt(s) de travail. Il peut se produire que l'intervention soit influencée seulement par une évolution de l'état de santé mais sans arrêts de travail, cela représente 5 interventions.

		Une évolution de l'état de santé influence le déroulé de l'intervention ergonomique…	
		oui	non
… lorsque les difficultés de santé sont visibles		9	5
… lorsque les difficultés de santé ne sont pas visibles		4	4
… lorsque l'aggravation de l'état de santé justifie l'action de maintien dans l'emploi	Mais n'est pas indiqué dans la demande d'intervention	1	1
	Et ceci est précisé dans l'intervention	12	7
… lorsque l'aggravation de l'état de santé ne justifie pas l'action de maintien dans l'emploi		0	1
… et les arrêts de travail influencent également le déroulé de l'intervention		8	3
… et lorsque les arrêts de travail n'influencent pas le déroulé de l'intervention		5	0

Tableau 30 : Quand l'évolution de l'état de santé influence-t-elle le déroulé de l'intervention ergonomique ?

Cependant, il y a tout de même moins de reports de rendez-vous (en moyenne 0.82 vs 2) et de dérives d'essais (-0,12 vs 2,36) dans les interventions où l'appareil neurologique du salarié est atteint que dans les cas où l'affection n'est pas neurologique. Dans notre expérience, avec ce type de difficulté, les acteurs et l'ergonome déploient des stratégies pour limiter tout décalage qui pourrait être préjudiciable aux salariés concernés. Ils veulent profiter au maximum des temps de présences de ces salariés souvent absents. L'ensemble des acteurs deviennent plus attentifs, moins de relances sont nécessaires.

Mais il faut savoir que travailler sur la situation d'un salarié présentant une maladie neurologique et/ou des limitations à tout effort physique s'avère particulièrement complexe, d'ailleurs le fait que les trois interventions qui ont été interrompues présentent toutes ces deux variables n'est pas sans lien avec cette complexité.

Les éléments de santé ont tous leur importance pour l'intervention de l'ergonome mais la façon dont sont gérés les soins vis-à-vis de l'organisation du travail, et la communication du salarié autour de lui par rapport à sa maladie, sont aussi déterminants pour le maintien dans l'emploi.

7.2. Les rapports organisation du travail -traitement médical du salarié

Nous dénombrons 10 interventions où l'organisation du travail est influencée par les modalités du traitement du salarié <u>et</u> où l'organisation du traitement est modifiée en fonction du travail. La prise en compte des traitements d'un salarié dans le travail est l'une des spécificités de la maladie chronique au travail. Sans cette démarche, le maintien dans l'emploi est impossible.

Pour les interventions ayant une organisation du travail impactée en fonction du traitement et une organisation du traitement en fonction du travail, le volume d'intervention avoisine les 5 jours mais il y a davantage de dérives d'observations et d'attentes de plus d'une semaine.

Moyennes	**Organisation du travail en fonction du traitement**		**Organisation du traitement en fonction du travail**	
	oui	non	oui	non
Nombre de rendez-vous réalisés	4,57	4,37	5,08	3,67
Dérive des observations (en semaines)	2,57	0,40	2,12	0,75
Nombre d'attentes de plus d'une semaine	5,00	2,87	5,77	2,00

Tableau 31 : Les perturbations de l'intervention ergonomique pour les situations où l'organisation du travail est fonction du traitement et vice-versa

L'intervention de l'ergonome est aussi conditionnée par la participation des acteurs de l'entreprise (Tableau 33). Aussi, pour les cas où l'organisation du travail est conditionnée par les modalités du traitement médical du salarié, l'employeur est moins agissant dans ces situations par rapport aux autres acteurs (seulement 5 sur 14).

	Acteurs agissants pendant l'intervention				
Organisation du travail en fonction du traitement	Employeur		Responsable direct		Total
	Non	Oui	Non	Oui	
Non	2	6	4	4	8
Oui	9	5	3	11	14
Total	11	11	7	15	22

Tableau 32: Acteurs agissants pendant l'intervention, pour les situations où l'organisation du travail est conditionnée par le traitement.

Nous supposons alors que la prise en charge de ces éléments se gère au plus près de la situation, par un niveau plus micro de la hiérarchie. En effet, cela se confirme car le responsable direct est agissant dans 11 cas sur 14 (sachant que globalement, sur les 22 interventions, 15 responsables directs sont agissants).

7.3. Le mode de communication du salarié par rapport à son état de santé, dans l'entreprise.

La communication autour de la maladie est susceptible d'influencer le déroulé temporel de l'intervention ergonomique. De façon prévisible, on constate que le salarié a davantage de difficultés à parler de sa maladie quand les effets de celle-ci sont peu visibles. En revanche quand les effets de la maladie sont visibles, il n'y a pas de cas où il ne veut pas en parler.

Difficultés de santé visibles ?	Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise			
	En parle ouvertement	**En parle avec restrictions**	**Ne veut pas en parler**	**Total**
Non	1	4	3	8
Oui	8	6	0	14
Total	9	10	3	22

Tableau 33: Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise et visibilité des difficultés de santé

Par le tableau 35, nous constatons qu'il n'y pas d'effet particulier quand le salarié évoque ou non son état de santé, hormis pour les attentes de plus d'une semaine. Moins le salarié parle de son état de santé, plus l'ergonome doit subir d'attentes de plus d'une semaine : de 3,11 à 7 attentes en moyenne. Ce peu de différences illustre le travail engagé par l'ergonome pour jongler avec les histoires de l'entreprise et du salarié, pour "amortir" si nécessaire, malgré les incompréhensions possibles liées au fait de ne pas savoir ou de pas comprendre l'état de santé du salarié concerné pour les autres acteurs.

	Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise		
Moyennes (nombre de semaines	en parle ouvertement	en parle avec restrictions	ne veut pas en parler
Nombre de rendez-vous réalisés	4,33	4,70	4,33
Nombre de Rendez-vous reportés	1,33	1,60	1,00
Attentes de plus d'1 semaine	3,11	4,40	7,00
Attentes de plus d'1 mois	3,00	3,10	2,33
Attentes perturbantes	4,00	3,90	4,67
Nombre de relances	2,78	2,80	2,33

Tableau 34: Mode de communication du salarié par rapport à son état de santé dans l'entreprise et les perturbations du déroulé de l'intervention associées

8. Conclusion du Chapitre 8

Au travers des différentes analyses, nous détectons les efforts de l'ergonome pour affiner, réagencer au plus juste son intervention, malgré les divers aléas, les imprévus et ses contraintes de temps. Il va le faire par rapport au volume de l'intervention mais aussi à la combinaison des étapes. En effet, ce type d'interventions subit des décalages que l'ergonome gère, des attentes qu'il peut subir ou utiliser. Ces perturbations, d'origine plutôt multi-causale, sont pour partie liées aux initiatives déjà mises en œuvre pour le maintien dans l'emploi, en particulier par l'entreprise mais aussi à l'évolution de l'état de santé du salarié, qui est l'une des spécificités fortes de ce type d'intervention.

L'intervention ergonomique pour le maintien dans l'emploi de salariés est, en soi, un terrain propice aux échanges, une occasion de poser les différentes dimensions du problème pour lequel l'ergonome est sollicité, problème souvent complexifié par la maladie, sa représentation, son évolutivité et ses traitements. Il a alors des échanges privilégiés au cours de ces interventions, avec certains acteurs plutôt que d'autres. Une part de l'intervention se produit dans l'entreprise, mais une bonne partie doit s'effectuer à distance pour maintenir le fil.

Au fil des exemples, nous nous apercevons que nous ne pouvons pas étudier l'intervention comme un objet seul et indépendant, c'est un objet situé, situé dans un contexte, situé dans des histoires que nous détaillerons ultérieurement. De plus, repérer les facteurs de difficultés, observer le travail, échanger sur les pratiques et proposer des aménagements sont autant d'actes qui permettent à l'ergonome de s'inscrire dans, et de faire usage des dimensions temporelles relatives à l'entreprise, au salarié, à l'épisode maintien dans l'emploi mais aussi celle des collègues ergonomes, d'un point de vue expérientiel.

A travers la typologie dégagée, nous notons 3 différences principales entre les interventions "succinctes", "techniques" et "délicates".

- Le déroulé temporel avec des interventions plus ou moins étalées, perturbées et denses en actes, en étapes
- Un état de santé plus ou moins déterminé, visible, affichable
- Des actions engagées précédemment pour le maintien dans l'emploi, notamment par l'entreprise

Là, encore, les dimensions temporelles sont plus que présentes.

Mais il apparait important, maintenant, de voir comment l'ergonome questionne la situation d'un salarié malade chronique pour lequel son maintien dans l'emploi est en balance et quelles stratégies il va déployer pour avoir une action aussi favorable que possible dessus.

Chapitre 9 - Résultats : Avoir prise sur chacun des cadres temporels et des temporalités du maintien dans l'emploi, mais aussi les combiner.

Au travers de ce chapitre, nous allons voir que l'ergonome ne fait pas que côtoyer les dimensions temporelles en lien avec le maintien dans l'emploi, il cherche à avoir prise sur chacune mais aussi à les combiner pour éviter toutes disjonctions de temporalités. Pour les trois premières parties intitulées "avoir prise sur…", sont développées systématiquement au travers des trois dimensions suivantes :

- La construction de la représentation de chaque dimension temporelle par l'ergonome,
- Les stratégies d'actions déduites,
- Les actions réalisées à l'aide de leviers identifiés.

Dans cette partie, les résultats seront agrémentés, illustrés, justifiés par des extraits d'entretiens : les encarts bleus correspondent aux simulations d'intervention[51] et les encarts verts aux suivis d'interventions. Le suivi d'intervention réalisé avec Ergo 4 au sein d'un théâtre de marionnettes pour Monsieur CLOUNI va être un fil conducteur de nos propos.

Présentation de la situation de Monsieur CLOUNI, avec les données de la demande d'intervention

La demande émane du SAMETH. Elle concerne Monsieur CLOUNI, Directeur artistique d'un théâtre de marionnettes, employant 3 salariés. Il est à l'origine de la création du théâtre et se charge de l'accueil du public et des artistes, de la régie, de certaines tâches administratives, de la réalisation des repas. Son activité est très variée et peut impliquer des postures prolongées (assises ou debout), des ports de charges (en cuisine ou lors de déplacements des tables, chaises, pour la préparation de la scène,…) ou des gestes sollicitant les membres supérieurs (en cuisine ou lors de tâches administratives,…).

Or, Monsieur CLOUNI, 52 ans est Reconnu en Qualité de Travailleur Handicapé du fait d'une problématique de santé (maladie dite invalidante : spondylarthrite ankylosante) qui le rend fatigable. Le médecin du Travail a donc émis des restrictions concernant la station debout prolongée, le port de charges supérieures à 10 Kg et le travail en hauteur.

[51] Les simulations, elles, portent toutes sur la même situation.

La demande est celle de "réaménager la cuisine de manière ergonomique" et d'"aménager son bureau avec du matériel adapté pour les tâches administratives". Mais son objectif est le suivant : "compenser la problématique de santé du salarié afin qu'il puisse réaliser son activité dans les meilleures conditions possibles".

A la fin de chaque partie, l'explicitation de cette intervention permettra d'appréhender plus précisément la prise de chaque temporalité par l'ergonome au cours de l'intervention. Pour faciliter la compréhension et l'analyse de cette intervention, un schéma d'action a été réalisé, situé en pochette à la fin des annexes, pour le garder au fil de la lecture.

1. Avoir prise sur l'épisode « Intervention Maintien dans l'Emploi

L'ergonome consultant arrive dans un panel d'actions engagées pour le maintien dans l'emploi d'un salarié, par différents acteurs internes et externes à l'entreprise ayant des logiques d'actions conditionnées par des cadres législatifs et institutionnels, constituant ainsi l'épisode "Intervention Maintien dans l'Emploi", nommé IME au fil du texte. De même, l'Action globale de maintien dans l'emploi (nommée Action au fil du texte) regroupe de manière dynamique, outre le rôle de coordinateur de l'ergonome pendant le temps de son intervention, toutes les actions entreprises par de très nombreux acteurs (médecin du travail, chargé de mission SAMETH, acteurs de l'entreprise, acteurs de la prise en charge médicale, médecin conseil de la sécurité sociale…), ayant pu œuvrer pour ce même objectif de maintien dans l'emploi, avant la fenêtre d'intervention de l'ergonome, pendant celle-ci et ultérieurement pour pérenniser les solutions conçues et mises en œuvre. Nous allons donc chercher à déchiffrer comment l'ergonome comprend l'épisode IME, l'Action entreprise ou à venir et comment il peut y prendre part ou laisser trace.

1.1. Compréhension et vérification de la cohérence de l'épisode IME

L'ergonome, bien que sollicité alors que l'épisode IME est en cours, prend part à ce dernier, il réalise une espèce d'état des lieux du déroulement de l'épisode IME, afin de comprendre où en est le salarié vis-à-vis de sa prise en charge administrative, mais également ce qui a été fait dans l'entreprise dans l'objectif du maintien dans l'emploi. Il va chercher à comprendre ce qui peut se passer après son intervention.

1.1.1. Rythme et durée de l'épisode IME et actions engagées

Dans un premier temps, l'ergonome va chercher à savoir depuis combien de temps perdure la situation problématique. Un ergonome consultant aborde cette question, dès le premier rendez-vous en entreprise, en présence de la globalité des acteurs, lors de la simulation :

Le rendez-vous commence. Et donc à ce moment-là, je prends la parole pour dire que je repose des questions, même si j'ai déjà peut-être des éléments de réponse, mais je vais demander de présenter la situation, depuis combien de temps la personne est là, s'il y a eu des évolutions de poste, des choses qui se… Par exemple, moi, je sais qu'elle a 28 ans d'ancienneté, mais depuis combien temps on peut dire que l'état de santé s'est dégradé ?

Depuis combien de temps on est obligé d'avoir eu des arrêts ? Ou recours à des mi-temps ? Ou, depuis combien de temps on peut penser qu'il y a des problèmes de santé ?

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, au début du premier rendez-vous en entreprise)

Par cette recherche d'antériorité il cherche à examiner si la situation s'est enlisée, si une dynamique d'actions existe, à "prendre la température" (cf. extrait suivant de simulation) et en conséquence comment il peut se positionner.

Ergonome. Il y a eu des liens par rapport aux problèmes de sécurité parce que le fait qu'elle soit tombée, elle était seule ? Il s'est passé quelque chose ?
CQ[52] Oui, elle était seule, donc il a fallu la récupérer, elle est tombée de plain pied mais bon.
Ergonome. Et la reprise là, ça n'a pas été un peu rapide par rapport à … ?
CQ Moi je pense que ça a été un petit peu rapide quand même.
Ergonome. Donc le temps partiel thérapeutique, il est prévu jusqu'à quand ?
CQ Il est prévu jusqu'en juin 2011
Ergonome. Et pour l'invalidité ça a l'air parti comment ?

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, questionnant le médecin du travail)

Avoir des données sur le rythme de l'épisode IME permet à l'ergonome de savoir quel rythme il doit donner à sa propre intervention, le niveau d'urgence et d'effort qu'il aura à fournir ainsi que les attentes vis-à-vis de son intervention.

Je voulais savoir un petit peu ce que vous pensiez de sa situation déjà, pour voir vers quoi vous vous orienteriez à priori là comme type de solutions ? Si vous avez des attentes un peu précises ? Ou si, d'abord s'il y a un reclassement qui est possible, parce que l'on n'a pas du tout évoqué ça, sur d'autres fonctions ou si elle restera ? […]
D'accord ça permet déjà peut-être de faire un 1er point. De toute façon, on aura l'occasion de la rencontrer de nouveau après. Vous, vous considérez qu'il y a une urgence par rapport à la situation.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, échangeant maintenant avec la Directrice)

Il s'agit pour l'ergonome de réaliser à partir de ce moment, un état des lieux de l'épisode IME.

1.1.2. Une vérification de l'épisode IME

L'origine de cet épisode IME est bien évidemment examinée dans un premier temps, mais aussi et surtout sa cohérence et la logique de l'Action globale engagée.

L'origine de l'épisode IME se situe donc à deux niveaux : celui du salarié et celui du début des actions des parties prenantes.

---

[52] Le rôle joué par CQ est précisé à chaque fin d'extrait, ici, c'est le médecin du travail.

L'ergonome interrogé investigue l'origine de l'épisode IME auprès de la salariée en alternant questionnement sur le passé et questionnement sur le présent.

- Et vous êtes reconnue travailleur handicapé depuis quand par rapport à ces deux maladies ?
- C'était dû à quoi ?
- Ces maladies, vous les avez depuis quand ? C'est récemment ?
- Et donc, c'est quand même difficile de travailler avec ces problèmes là, non ?
- Mais les contraintes par rapport aux tâches que vous réalisez, ça doit être difficile quand même, vous êtes debout toute la journée. C'est difficile ?...
- D'accord. Donc, de réduire votre temps de travail, la pension d'invalidité, ça serait peut-être une solution ; depuis que vous travaillez à temps partiel thérapeutique, est-ce que vous sentez une différence ? Ou pas ?
- Parce que vous n'arrivez pas à assumer toutes vos tâches, c'est ça ?

(SIMUL - Ergo 7 - ergonome consultant junior, questionnant la salariée.)

L'ergonome cherche même à détecter l'incident révélateur du début de l'épisode IME.

Ergonome. D'accord ! Et avant, il n'y a pas eu d'antécédents particuliers au niveau du travail. Il n'y avait pas eu d'absences. L'handicap n'était pas, peut-être pas à ce moment-là, les collègues, l'entreprise n'étaient pas conscients. Est-ce qu'elle a été reconnue travailleur handicapé récemment, à l'issue de ça ou elle était reconnue handicapée avant ?
C. Q. : Attends, je vais chercher la réponse, parce que je l'ai. Je cherche dans son dossier. C'est le médecin du travail qui te répond, qui indique que le 29 novembre 2010, elle a contacté le SAMETH par rapport à une demande de RQTH déposée à la MDPH.
Ergonome. En 2010 ?
C. Q. : Oui ! Novembre 2010, donc suite à l'accident.
Ergonome. Suite à l'accident ! D'accord ! Oui donc, on peut dire que l'accident est un révélateur au sein de l'entreprise d'une pathologie qui était peut-être là avant, qui permet de savoir qu'il y a un souci de santé.

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, questionnant l'origine des difficultés de santé de la salariée)

Comprendre les causes lui permettra d'agir sur les conséquences. L'ergonome cherche à savoir qui a initié cet épisode "intervention maintien dans l'emploi", pour appréhender les parties prenantes les plus actives et le niveau d'implication et de contribution de l'entreprise.

Ergonome. Donc, Mme INA s'occupe toute seule du plus un[53]. Ca fait longtemps qu'elle fait le plus un toute seule ?
CQ. Oui, maintenant, ça fait un petit moment, ça fait au moins deux ans.

[53] D'un étage.

Ergonome. D'accord. Et c'est vous qui avez pris contact avec le SAMETH ? Comment ça s'est passé exactement, au niveau de la demande ?
CQ - Alors, au niveau de la demande, depuis l'accident du travail qu'elle a eu, c'est le médecin du travail qui nous a conseillé d'adopter cette démarche. Parce que c'est vrai qu'on ne voit pas trop d'autre solution et on a besoin d'aide par rapport à ça.
Ergonome. OK, ça marche. Donc, vous avez déjà eu des interventions de ce genre, pour le maintien à l'emploi ?
(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, lors du premier appel avec la Directrice)

L'ergonome porte un regard sur l'instruction administrative du dossier du salarié, il examine la logique de l'Action engagée au travers de cet épisode. Il questionne, il examine, il vérifie, il sait déceler des incohérences et les signifier, comme le montre l'extrait suivant obtenu lors d'une simulation[54] avec une ergonome consultante senior :

- Donc c'est un accident du travail ?
- Et son arrêt maladie n'est pas lié à l'accident du travail ?
- Ils ne peuvent pas demander une pension d'invalidité ?
- La pension d'invalidité, c'est par rapport à des problèmes de santé autres que l'accident du travail.
- Mais, excusez moi, l'accident du travail, il a été, comment on dit, consolidé ou pas ?
- Et le mi-temps thérapeutique est lié quand même. C'est un accident du travail, elle est arrêtée ?
- Oui mais si c'est un arrêt de travail, il n'y a pas de pension d'invalidité mais c'est un taux d'incapacité qui peut être déterminé à la consolidation.
- Donc ce n'est pas lié à l'accident ?
- C'est juste à part mais ils ont accepté que ça passe en pension d'invalidité ?
- C'est rare.
- Surtout que çà me surprend qu'ils aient accepté. A moins que ça devait être consolidé l'accident de travail. Oui, sinon ils n'auraient pas accepté. Sinon ils n'auraient pas pu décider ça.
(SIMUL - Ergo 8, ergonome consultante senior, lors du premier rendez-vous en entreprise)

Pour cela il jongle avec les notions juridico-administratives en lien avec le maintien dans l'emploi : arrêt maladie, accident de travail, invalidité, temps partiel thérapeutique, taux d'incapacité… Dans le cas particulier de la simulation, il va même jusqu'à proposer de réaliser un dossier pour une reconnaissance de lourdeur du handicap. Cela dépasse effectivement son rôle ; une telle proposition est plutôt réalisée généralement par le médecin du travail ou le chargé SAMETH. Son expérience du maintien dans l'emploi et la

[54] Dans l'intervention utilisée pour réaliser la simulation, l'action conjointe de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et de la chargée SAMETH a permis d'orienter la salariée vers une pension d'invalidité, plutôt que vers une indemnisation déterminée par un taux d'incapacité permanente (IPP).

confrontation antérieure à d'autres situations de travail similaires lui permettent d'arriver à de telles propositions dépassant initialement son champ d'action.

Alors je vous pose toutes ces questions par ce que l'on sait très bien que pour ce genre de pathologie et son poste quand même, c'est un poste physique, forcément, même si on trouve quelques solutions pour les aménagements, ça reste du nettoyage et on va être forcément limité. Donc peut-être qu'à l'issue de l'aménagement, quand vous aurez fait le dossier à l'Agefiph et que les aménagements seront faits, peut-être, pourquoi pas, monter un dossier de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

(SIMUL - Ergo 3, ergonome consultante confirmée, après avoir questionné la Directrice sur le projet d'entreprise pour la salariée concernée)

1.1.3. Les contributions de l'entreprise à l'épisode IME

Au-delà de la vérification juridico-administrative effectuée par l'ergonome, il recherche activement les contributions de l'entreprise à l'épisode IME et encore plus précisément celle du responsable direct, acteur en prise directe avec la réalité du terrain et en conséquence avec la problématique.

Plusieurs questions émergent pour qualifier la participation de l'entreprise à l'épisode IME :

- est-elle sûre de vouloir garder le salarié concerné ?

- est-ce que l'entreprise subit la situation ou est plutôt active dans la recherche de solutions, par la mise en place d'aménagement ?

Pour investiguer la première de ces deux questions, l'ergonome peut questionner un autre acteur pour s'assurer de la volonté de l'entreprise : le chargé SAMETH.

Je reprends le coup de fil avec le Sameth, juste par rapport à Madame Ina : l'entreprise se positionne comment, elle a envie de la garder, de ne pas la garder ? Donc ils sont d'accord pour l'étude ? Même pour le financement de l'aménagement ?

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, échangeant maintenant avec la chargée SAMETH)

L'ergonome cherche à connaître les raisons qui motivent l'entreprise à garder un salarié malade. Il se renseigne donc sur l'histoire commune salarié-entreprise avant cet épisode.

- Vous souhaitez garder Madame INA parce qu'elle a des compétences particulières ? […]
- OK. Donc, elle est compétente, elle fait bien son travail ? […]
- D'accord. Mais jusqu'à présent, elle donnait satisfaction, on va dire ? OK.

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé lors du premier appel avec la Directrice)

Ensuite l'attitude de l'entreprise est examinée pour savoir si elle est plutôt active ou si elle subit la situation du salarié et ne sait pas quoi faire. L'ergonome cherche donc à savoir comment l'entreprise gère la situation, comment elle la vit.

Donc, nous avons échangé sur les problématiques spécifiques aux problèmes de santé de cette salariée, mais c'est intéressant qu'on puisse échanger avec vous sur la façon dont vous vivez et gérez cette situation, vous employeur au sein de l'équipe, au sein de l'entreprise. Est-ce que ces différentes absences, est-ce que cette organisation en mi-temps posent des problèmes par rapport au reste de l'équipe ? Est-ce que vous avez dû, est-ce que ça complique les choses ou est-ce que ça crée aussi des différends auprès des collègues ?

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, lors du premier rendez-vous avec tous les acteurs)

L'ergonome questionne les aménagements mis en place par l'entreprise depuis la reprise à temps partiel thérapeutique, finalement, depuis la phase visible de l'épisode IME

Donc depuis sa reprise en janvier 2011, est-ce qu'il y a eu des choses qui ont été mises en place ? Bon, elle travaille à mi-temps , ça a été pris en compte, mais est-ce qu'il y a des choses qui ont été mises en place, est-ce qu'elle travaille plutôt le matin, qui est peut-être moins dur, ou l'après-midi qui est plus facile, en journée complète ? Comment s'est organisé le mi-temps, par rapport aux tâches ?

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, au début du premier rendez-vous avec tous les acteurs)

Par son expérience, l'ergonome connait l'importance de la responsable directe dans le processus de maintien dans l'emploi. Il fait son possible pour l'intégrer à la réflexion.

Ergonome. En impliquant sa responsable, c'est pour ça que c'est important que je puisse l'avoir au téléphone [l'entreprise explique que la responsable est actuellement en congés et est difficile à joindre]. On s'organisera en conséquence. On prendra des rendez-vous avant, on s'organisera, on aura besoin d'elle pour l'étude. Ne pas faire l'étude sans elle, dans la mesure où c'est elle quand même qui organise aussi le travail, elle a également des objectifs à atteindre, des objectifs quantitatifs, des objectifs qualitatifs. Et donc c'est important aussi d'avoir sa perception des choses, on a pu comprendre qu'il y avait parfois...

CQ Bah oui, vous verrez avec elle.

Ergonome. On verra, on l'impliquera. J'ai cru comprendre que parfois il pouvait y avoir à l'heure actuelle des reports de charges, vous êtes peut-être au courant Mme la directrice ?

CQ Oui.

Ergonome. Qui quand même sont aussi à gérer, sans doute, qui ne sont peut-être pas faciles pour son encadrante parce qu'elle doit en avoir des retours aussi et ce sont autant de sujets sur lesquels on doit discuter.

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, en fin du premier rendez-vous en entreprise)

Il essaye donc de comprendre les difficultés de la responsable directe au même titre que celles du salarié ou du collectif de travail. Tout comme l'entreprise en général, l'ergonome investigue le ressenti du responsable en questionnant l'entreprise mais aussi le salarié concerné, cela lui permet également d'en savoir un peu plus sur la relation entre ces deux personnes.

Vous n'arrivez pas faire les 10 lits, à l'heure actuelle.
Qu'est-ce que dit, par rapport à ça, votre responsable ? Comment elle vit les choses, votre responsable ? C'est la responsable hôtelière probablement ?
Vous arrivez à en parler avec elle ?

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, questionnant la salariée lors du premier rendez-vous avec tous les acteurs)

C'est la responsable directe qui détient l'antériorité de la situation, qui la gère au quotidien, notamment le report de charges. Cet acteur a pu chercher des pistes d'améliorations telles que l'envisage cet ergonome interrogé au cours de la simulation :

On essaiera de s'appuyer d'ailleurs sur, on ne l'a pas rencontrée mais ce qu'on lui demandera aussi à cette responsable, c'est de savoir un peu ce qu'elle fait déjà pour améliorer les conditions de travail. Elle a peut-être déjà envisagé des améliorations et des solutions en fait, voilà. […] J'ai besoin de la responsable, parce que elle va me décrire en gros la tâche, ses objectifs, les séquences qu'elle sent comme zones sensibles, sensibles pour l'intéressé, les reports de charge, voire même peut-être en échange avec elle, le fait qu'à un moment donné, on puisse avoir un moment commun aussi, avec ses collègues de travail sur ces fameux reports de charge.

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, indiquant à la chercheuse qu'il a besoin d'échanger avec la responsable pour établir sa proposition d'intervention)

C'est aussi le principal interlocuteur de l'ergonome pour la conception de l'organisation du travail.

Madame Berdis c'est important de la rencontrer, ce sera précisé aussi dans la démarche parce que je pense que c'est qu'avec elle qu'on pourra voir l'organisation.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, en cours de construction de sa démarche d'intervention)

1.1.4. Une construction collective de l'Action ?

La construction collective de l'action est une préoccupation majeure pour l'ergonome intervenant, notamment au niveau des enjeux de l'intervention.

CQ : Mais vous voulez que l'on s'organise comment pour la réunion, vous voulez me voir avant ?
Ergonome : En tout cas moi je pense que c'est important que l'on fasse le point avec la salariée c'est évident. Mais moi je n'ai pas spécialement de demande particulière pour qu'on se voit au préalable, je pense qu'il n'y a pas de souci majeur pour Mme Ina en termes de, je dirais, la demande à l'air d'être commune à tous donc je ne suis pas très inquiète sur les enjeux, en tout cas ils sont les mêmes pour tout le monde sur ce poste.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, lors de son premier échange avec la Directrice, après avoir téléphoné au SAMETH et au médecin du travail)

Il recherche une démarche commune, une espèce de consensus de tous. L'ergonome recherche toujours cela dans l'intervention. Si elle existe, cela constitue un ingrédient essentiel. Avec le souci d'une construction collective de l'Action, l'ergonome regarde qui est intervenu avant son intervention, quelle est l'"équipe IME", qui la coordonne.

Donc là, je vois que le demandeur c'est le SAMETH, donc là, déjà, l'acteur identifié va être un peu le chef d'orchestre. Ce n'est pas une demande qui émane d'on ne sait pas trop d'où, on sait qu'on va être dans le cadre de la procédure classique, enfin, probablement, donc déjà, ça me fixe un cadre.
(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé à la lecture de la demande d'intervention)

Cela contextualise l'intervention. Remarquons que l'ergonome ne se contente pas d'identifier ces acteurs impliqués dans l'épisode IME, potentiellement utiles pour sa propre intervention. Il examine les initiatives, l'avancement de leurs réflexions, le travail réalisé en amont.

Ergonome : Non. Non, non, parce que la Ville était tout à fait… enfin… en tout cas, tous les acteurs ont été assez participatifs par rapport à ce projet.
C.Q. : Donc ça, ça a plutôt été un levier pour ton action ?
Ergonome : Oui. Je n'ai pas eu vraiment de freins, en fait. Surtout que, déjà, au premier rendez-vous, ils avaient déjà pensé à différentes tâches que l'agent pourrait être amené à faire si on ne trouvait pas de solutions par rapport aux tâches qu'il effectuait au moment du… enfin… au moment actuel. Donc, voilà, il y avait déjà une réflexion de la part de la mairie à ce sujet, avec le médecin du travail que je connaissais déjà puisque je l'avais vu pour une autre ville, donc qui aussi connaissait l'activité. Donc, voilà. Et puis un responsable qui était quand même assez sensibilisé au handicap. Donc il n'y a pas eu de complexité.
(SUIVI JARDINO - Ergo 6, ergonome consultante confirmée, interrogée sur les potentielles difficultés rencontrées lors de son intervention)

En complément de cette identification, de l'examen de leurs initiatives, l'ergonome saisit les aspects relationnels déterminants dans l'épisode IME, différents à chaque intervention :

C.Q. : est-ce que tu penses que cette intervention pourra te servir pour des interventions futures ?
Ergonome : Toujours, parce que. Oui, c'est comme ça que tu forges ton expérience quand même. En fait, l'intervention, elle a toujours un côté singulier, ne serait-ce que pour les relations que tu as par rapport aux personnes. Moi, ça, c'est un truc que je ressens beaucoup quand même. S'il y a une distance forte avec l'employeur, c'est plus compliqué. Si les relations se gèrent via le SAMETH, ça donne autre chose, ou via le médecin. Le fait que tu peux avoir un salarié en opposition avec un employeur, ça complique aussi les choses. Donc cette situation-là, a priori, elle ne se reproduira jamais non plus. Mais, voilà, c'est très bien de l'avoir vécue.
(SUIVI THEATRO - Ergo 4, ergonome consultante senior, en fin d'entretien de fin de suivi)

L'ergonome examine ainsi la relation du salarié avec les autres parties prenantes, identifie les désaccords afin de redonner une place centrale au salarié.

Mais c'est surtout le relationnel entre la salariée et le médecin du travail qui est important. Si la salariée se méfie du médecin, elle ne dira rien. Dans ces cas là, je biaise. Je ne peux pas toujours, quelquefois on me raccompagne à la porte, au revoir, merci et à bientôt. Très bien, c'est pas grave.
[…]Et là je détecte les points d'achoppement et les leviers sur lesquels moi j'aurai besoin d'aller travailler. […]
Donc là, je vais évoquer ça. Je peux tomber sur des désaccords. Typiquement, quand je te disais si on est dans le cas où c'est la direction qui me répond à la place de la salariée, où on lui enlève toute la légitimité de son savoir, là je lui redonne une place. Alors la Direction a dit ça tout à l'heure, mais vous, quelle est votre position là-dessus ? Voilà. Tu redonnes une légitimité au salarié que, dans le groupe, on n'a pas pu instaurer mais c'est pas grave, la légitimité je la récupère quand je mènerai le direct. Je ne l'ai pas au départ, tant pis, c'est pas grave, puisque je la réinstaure après. Donc là je peux détecter et techniquement, je vais adopter la question de Mme BERNIS (responsable directe), en tête à tête avec Mme INA : Mme BERNIS, elle est en congé, comment ça se passe avec elle ?

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, à l'issue du premier rendez-vous en entreprise)

1.2. Optimisation des ressources pour l'ergonome : priorité, hiérarchisation, implication des différents acteurs.

1.2.1. Constitution de l'équipe de l'IME

L'ergonome consultant intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi garde toujours à l'esprit cette construction collective de l'Action, notamment parce que son intervention est finalement ponctuelle ; inclure différents acteurs assure une garantie supplémentaire de la poursuite de l'Action.

L'ergonome sait qu'il a besoin des autres acteurs pour convaincre, pour argumenter certains points qu'il aura détectés comme déterminants pour le maintien dans l'emploi. L'extrait, issu du suivi d'intervention THEATRO, illustre bien l'efficacité de l'Action quand elle est alimentée par l'équipe de l'épisode IME.

Oui, c'est ce que je te disais tout à l'heure sur l'acceptation du handicap et plus revoir un peu sur l'organisation, qui a été abordée dans le diagnostic, d'ailleurs. Bon. Je pense que M. DILON (administrateur du théâtre), il en était convaincu. Et je pense que M. CLOUNI, il a plutôt bien adhéré au projet. Il y a des trucs, par exemple… On lui (au salarié) expliquait que, au niveau de sa santé, c'était pas top de se coucher à 5 heures du mat'. C'était perdu d'avance. Là, ça aurait été peut-être bien d'avoir le médecin du travail. Mais, en même temps, ça progresse petit à petit. Je pense que, voilà, ça viendra par la force des choses.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi)

Selon l'analyse des simulations d'intervention et les suivis d'interventions, les acteurs pressentis pour mener l'Action collective sont le directeur de l'entreprise ou le directeur des ressources Humaines ou le chargé mission handicap, le médecin du travail, le chargé de mission SAMETH, le responsable direct et le salarié. Cela rejoint les résultats du chapitre 8.

L'ergonome inclut plus ou moins dans sa propre démarche chacun de ces acteurs, selon sa contribution antérieure, son attitude et ce qu'il pressent par rapport à l'utilité ultérieure de cet acteur. Deux exemples issus de la simulation, particulièrement marquants, concernent le médecin du travail et le chargé de mission SAMETH. Les deux ergonomes concernés sont consultants dans des cabinets différents.

D'une part, l'ergonome a besoin d'un chargé SAMETH réellement facilitateur avec un positionnement de chef d'orchestre :

J'ai envie de dire, tout dépend le type de relation que j'ai avec le SAMETH. Si je suis sûr que le chargé de mission SAMETH, c'est quelqu'un qui fait vraiment bien son travail de chef d'orchestre de l'intervention et qui organise un peu entre moi, l'entreprise, le bénéficiaire, l'AGEFIPH, etc. et qui joue vraiment son rôle de pivot, oui. Par contre, on a des chargés de mission qui, comment dire ? Qui vont soit se dire qu'ils sauraient faire parce qu'ils en font plein et que en gros l'ergonome, il est bien gentil mais on n'en a pas besoin, il y a des chargés de mission qui se demandent bien dans quel cas ils pourraient faire appel à nous. Ils ont une position qui ne nous est pas favorable, donc. Quand tu as des chargés de mission qui te torpillent devant la direction, je n'ai pas du tout envie de les avoir avec moi en entretien alors qu'on est dans une situation qui est déjà tendue par rapport à la situation du bénéficiaire. Donc quand tu as des chargés de mission qui te disent des choses, comment dire ? Enfin bref, il y en a certains, on s'en passe. Donc, tout dépend du chargé de mission.

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, à l'issue du premier rendez-vous en entreprise)

D'autre part, l'ergonome va davantage impliquer le médecin du travail, s'il le considère comme un bon informateur et impliqué dans une vraie relation avec le salarié.

On le fait mais moi honnêtement, j'ai eu des fois, il ne faut pas se le cacher, où j'ai compris que le médecin connaissait très faiblement la personne. Par contre moi, j'essaie toujours de l'intégrer au comité de pilotage, ça c'est une constante, on lui propose. Il vient ou il ne vient pas mais on lui propose. Par contre on ne l'appelle pas toujours au préalable au premier contact, par contre on l'appellera au cours de l'intervention. Mais pas forcément avant le premier contact si on a compris soit de la part du Sameth soit de la part de l'entreprise que le médecin connait très, très peu la situation. Mais souvent je trouve que sur la question du médecin et de sa connaissance, on a souvent des avis assez tranchés. C'est à dire que soit de la part de l'entreprise, soit de la part du Sameth, on sait tout de suite si le médecin est très, très au courant et auquel cas il veut être, comme c'est le cas ici, c'est à dire qu'il est en attente et du coup on peut s'attendre à ce qu'il veuille suivre et être impliqué parce qu'il va potentiellement avoir un choix sur les compromis et tout ça qui sont proposés et il va y

participer. Ou il se met complètement en dehors mais il lance une demande car c'est plus un processus administratif pour lui, qu'un processus de maintien dans l'emploi. J'exagère un peu mais c'est ça.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, après avoir posé la question suivante à la chargée SAMETH : est-ce que vous savez si le médecin du travail connait bien la salariée ou si c'est une salariée qu'elle connait depuis peu de temps ?)

Le questionnement par simulation fait émerger comment l'ergonome aborde le médecin du travail (quand il le fait), détenteur d'informations précieuses sur l'épisode IME mais aussi sur les histoires de l'entreprise et du salarié. Son obligation de respecter le secret médical oblige le médecin du travail à limiter ses propos concernant le salarié.

*Si je dis au médecin que je veux la rencontrer, elle sait qu'on pourra discuter, tout ça, qu'il y a moyen de tisser un peu de relationnel**. Or, les demandes qui sont borderline par rapport au secret médical, ça passe beaucoup par le relationnel.** Est-ce qu'il y a climat de confiance établi ou pas ? Direct, en live, ça passe vraiment mieux qu'au téléphone. Donc si au téléphone, je sens que la personne a des réticences, je sais que ça a des chances de passer en live, donc pourquoi je lui dis avant que je voudrais la rencontrer, pour qu'elle se dise qu'elle va me revoir, qu'on aura l'occasion de discuter, donc ça va la rassurer sur la construction de l'intervention. C'est pas un coup de fil et au revoir, tu ne me reverras jamais, c'est voilà, ça va se passer comme ça, il donne une image de sérieux, etc. Parce que, juste derrière, je vais rempiler sur : c'est quoi, le handicap ? Et là, attention, notion du secret médical, alerte ! Alerte ! **Donc, essayer dans la mesure du possible de lui donner les quelques éléments que je peux lui donner au téléphone pour que déjà elle me donne les premières infos.** Et si elle refuse de me les donner, parce qu'on est au téléphone, parce que je ne sais pas..., je ne joue pas derrière la carte : bon, eh bien il faudrait qu'on se voie. Alors que si je vais dans le sens inverse en lui disant : oui alors, la pathologie, c'est quoi. Attendez, secret médical. OK, on pourrait se voir ? Tout de suite, je sens que je n'aurais pas demandé à la voir si elle avait refusé de me répondre. **Donc, stratégiquement, je lui propose un rendez-vous d'entrée de jeu en lui disant : on se reverra de toute façon, pour pas qu'elle puisse se dire que je lui ai demandé un rendez-vous parce qu'elle avait refusé de me répondre, voilà.***

*[…] Oui, oui, là c'est un peu dur, oui. Donc, par rapport à ces éléments là, vous, vous avez le regard du médecin**, ce qui est assez intéressant pour moi parce que c'est une position qu'aucun autre interlocuteur n'aura dans l'intervention, donc j'ai vraiment besoin qu'on puisse s'alimenter mutuellement, si vous voulez, par rapport à ça.***

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, à la fin de l'entretien téléphonique avec le médecin du travail, en aparté)

Mesurer l'implication de chaque acteur pour l'intégrer signifie une volonté d'efficience pour l'ergonome. Même si l'intégration est plus ou moins effective, il cherche en revanche à tenir informé systématiquement chacun d'eux des avancées, mêmes s'ils ne sont pas présents physiquement ou totalement actifs.

Voir un petit peu aussi comment elle vit la chose et situer aussi ses attentes. Ce qui fait que notre petite synthèse sera une synthèse peut-être partielle, je ne manquerai pas de vous rappeler à ce moment-là, à l'issue de cet entretien avec l'encadrement. Pour valider ou compléter un peu la synthèse que je vais vous faire dès ce matin.

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, s'adressant à la directrice au sujet de la responsable directe)

Cette stratégie de tenir informé permet à l'ergonome d'agir sur l'épisode IME ou du moins donner une impulsion dans l'action d'une partie prenante responsable d'une partie administrative, comme pour les chargés SAMETH.

Là je pense que c'est le genre d'intervention, typiquement, où le lien avec le Sameth quand même doit être fort. Et donc là c'est important de la rappeler pour lui expliquer un petit peu ce qui s'est dit et de voir un petit peu aussi avec elle comment elle compte faire évoluer le dossier de prise en charge pour l'invalidité et le reste.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultant senior, après avoir défini le volume de l'intervention)

1.2.2. Utiliser successivement différents acteurs pour une compréhension fine

L'ergonome recrute les acteurs utiles à l'Action de l'épisode IME et à sa propre action, il développe des stratégies de déploiement d'un lien de confiance pour travailler avec chacun. De façon transversale, même si cela paraît étonnant, l'ergonome peut poser la même question à différents acteurs, comme le montre ce tableau (extraits issus de la simulation avec ergo 13), avec les questionnements successifs d'une ergonome de réadaptation auprès de la chargée SAMETH puis du médecin du travail. Par cette stratégie, il s'assure de la véracité des faits, confronte les représentations de chacun.

Questionnements auprès de la chargée SAMETH	Questionnements auprès du médecin du travail
ERGONOME. Oui, je voulais savoir un petit peu plus sur le contexte. Est ce que vous connaissez la salariée ? Est ce que vous l'avez rencontrée ? ERGONOME. D'accord, qu'est ce que vous avez fait jusqu'à présent avec elle ? ERGONOME. Donc, en fait, c'est suite à un dépôt de dossier qu'elle vous a contacté ? Ergonome. Elle a déjà sa RQTH ? ERGONOME. Et vous intervenez alors que vous n'avez pas la RQTH ? ERGONOME. Cela dépend des départements. ERGONOME. Novembre 2010 une reprise de travail janvier 2011, c'est ça ? ERGONOME. D'accord, et elle a repris sur son poste initial ? ERGONOME. Il y a eu un aménagement ? ERGONOME. C'est-à-dire qu'elle doit faire des tâches plus légères depuis qu'elle a repris ? On lui a allégé son poste ?	ERGONOME. Madame Tchez me disait que le nombre de personnes qui étaient affectées au ménage avait diminué, qu'auparavant ils étaient 6 et que maintenant ils ne sont plus que deux c'est ça ? Vous savez à quoi est due cette diminution ? ERGONOME. De passer de 6 à 2 cela me paraît beaucoup, comment ils ont assumé cette charge de travail ? ERGONOME. Ce que j'ai compris c'est que Madame INA et une de ses collègues sont chargés de l'entretien c'est ça ? Elles sont chacune affectées à un étage, c'est ça ? Les deux autres personnes dont on parlait, il y en a une qui est affectée au repas ? ERGONOME. C'est une personne qui n'est pas là d'habitude quand madame INA travaille ? ERGONOME. Quand madame INA travaillait à temps plein c'était une personne qui n'était pas

ERGONOME. Ah d'accord. Si elle est à mi-temps son temps est complété ? Le travail est complété par quelqu'un d'autre ?

ERGONOME. Oui, oui, tout à fait. Là, le temps partiel thérapeutique c'est un mi-temps ?

ERGONOME. Là, c'est-à-dire que la prescription du temps partiel thérapeutique est faite jusqu'en juin ? Le médecin conseil n'a pas dit qu'il la consolidait en juin ?

ERGONOME. D'accord. Donc on peut très bien avoir un renouvellement en juin. Et vous avez été en contact avec le médecin du travail ?

ERGONOME. Et qu'est-ce qu'elle dit, le médecin du travail ?

ERGONOME. Elle dit comment cela est perçu par l'employeur ?

ERGONOME. Et ils veulent la garder malgré tout ?

ERGONOME. Ils ne songent pas à la remplacer ? A la licencier ? Au contraire à la remplacer par quelqu'un qui pourrait assumer toutes les tâches.

ERGONOME. Pour madame INA ou pour tout le monde ?

ERGONOME. Qu'est ce qu'elle a eu ? Elle a eu une chute. Et qu'est ce qu'il en est résulté de cette chute ?

ERGONOME. Et c'est elle qui a demandé à reprendre le travail ?

ERGONOME. Par son médecin traitant. D'accord. Et vous avez rencontré l'entreprise ?

ERGONOME. Et quand vous dites que l'employeur attend avec impatience l'étude ergonomique, c'est la RH ou quelqu'un d'autre de l'entreprise ?

ERGONOME. Elle ne peut pas être en invalidité s'il y a accident du travail ?

ERGONOME. En arrêt, elle ne pouvait pas le demander !

ERGONOME. Si elle est en mi-temps thérapeutique c'est qu'elle est en arrêt.

ERGONOME. Ils n'accepteront pas tant qu'elle est en accident de travail. Quelle est la suite par apport à cette demande d'invalidité ? C'est vous qui allez la suivre par apport à cette demande d'invalidité ?

ERGONOME. Peut être le médecin du travail : vous travaillez comment habituellement avec lui ?

là ?

ERGONOME. Comment vous avez imaginé l'intervention ? Est-ce que vous savez si la directrice m'attend ?

[L'ergonome demande au médecin du travail comment il procède habituellement, des éléments sur les capacités fonctionnelles et la situation de santé de la salariée]

ERGONOME. Elle a chuté ? C'est cela qui a provoqué un accident du travail ?

ERGONOME. Mais là, cela ne relève pas d'un aménagement de poste, cela relève d'un suivi médical non ?

ERGONOME. Mais, cela n'inquiète pas l'employeur le fait qu'elle puisse perdre connaissance ?

ERGONOME. L'employeur n'a pas mis de freins par rapport à ça ?

ERGONOME. Peut-être, qu'est-ce que vous attendez de cette étude ?

ERGONOME. C'est quelque chose que vous avez déjà évoqué avec eux ?

ERGONOME. Ce sont des choses qui ont été mises en place ?

ERGONOME. Quel est le contexte de l'entreprise ? Comment se passe l'ambiance ?

ERGONOME. Quelle est l'ambiance dans l'entreprise ? Les gens sont plutôt contents de venir travailler ?

ERGONOME. Sur l'ensemble des salariés ?

ERGONOME. Vous avez d'autres personnes qui sont en difficulté ?

ERGONOME. Quand vous dites elle tient c'est parce qu'elle aime son travail et le reste. Et à un moment donné, elle va craquer ?

ERGONOME. En même temps je pense que madame INA ne travaille pas tout seule, elle travaille dans un collectif, si le collectif est fatigué, ça va être difficile pour elle, de travailler aussi, c'est pour cela que je vous pose aussi des questions sur le collectif de travail.

ERGONOME. Alors, quand vous dites tenir, cela veut dire qu'il y a eu un aménagement qui permet à la personne de faire son travail dans de bonnes conditions ?

[extrait portant sur les coûts impliqués pour la salariée et pour le collectif]

ERGONOME. Je vous remercie pour toutes ces informations là. Ce que je propose c'est que je prenne directement contact avec l'entreprise : à qui je dois m'adresser dans l'entreprise ?

ERGONOME. La chargée Sameth m'a parlé aussi

	d'une personne des Ressources Humaines ? ERGONOME. Vous savez qui s'occupe plus particulièrement de la situation de madame INA ? Si c'est Madame Hecquet ou Madame Valet ? ERGONOME. Parfait, je vous remercie je vais contacter l'établissement.

Des réponses différentes à la même question soulèvent l'intérêt de l'ergonome, le poussent à investiguer ce point et peuvent faire émerger des pistes d'action. Il est toujours dans la recherche de la cohérence et d'une logique dans l'épisode IME.

D'accord. Alors, tu auras peut-être repéré, à un certain moment, que je pose volontairement des questions pour lesquelles j'ai déjà la réponse. Soit parce que je le sais, soit parce que quelqu'un d'autre m'en a parlé. Ce n'est pas parce que je suis embêtant, c'est parce que justement je mesure les écarts de présentation. Si tout le monde me dit la même chose, ok, ils sont tous d'accord, ou c'est quelque chose de factuel, ce n'est pas la peine de commencer à batailler dessus. Si par contre pour une question j'ai 3 réponses différentes, ça veut dire que c'est à investiguer parce que là dessus, on ne parle pas forcément de la même chose. Donc, parfois, tu as pu le voir dans les entretiens, j'ai pu poser plusieurs fois la même question, enfin plutôt la même question à des personnes différentes. Et ça, ça me donne des pistes

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé lors du premier rendez-vous en entreprise, en aparté)

1.2.3. Recherche de la chronologie des actions antérieures à son intervention.

Il va ensuite rechercher progressivement des éléments sur les différents moments de l'épisode IME, pour alimenter sa propre intervention. Si nous reprenons le tableau comparatif des questionnements de l'ergonome vis-à-vis de la chargée Sameth puis du médecin du travail, nous pouvons décrire cette démarche progressive de recherche d'informations. Dans un premier temps, l'ergonome vérifie que la chargée SAMETH connaît bien la salariée concernée mais aussi le statut administratif de la salariée (RQTH). Elle essaye ensuite de faire un petit état des lieux de la situation : reprise de travail, aménagement, allégement des tâches, remplacement de la salariée. Ayant connaissance d'un travail à temps partiel thérapeutique, elle s'informe sur la fin de celui-ci, en examinant le rôle du médecin du travail dans cette situation ainsi que le travail possible avec lui. Les questions sont de plus en plus précises sur le contexte d'entreprise (perception de l'employeur, volonté de garder la salariée, origine de l'épisode IME) mais aussi le statut médico-administratif (invalidité vs accident du travail). Dans un second temps, auprès du médecin du travail, elle rebondit directement sur une information donnée par le SAMETH : une diminution d'effectif dans le service où travaille la salariée. Elle questionne plus précisément le médecin du travail, sur les actions engagées et sur son travail réalisé avec l'entreprise. Elle choisit bien évidemment cet interlocuteur pour se renseigner sur le contexte de l'entreprise, sur l'équipe de travail, sur le collectif de travail, sur les coûts et les modalités de

compensation collective face à cette situation. Elle va même jusqu'à demander au médecin du travail quelle est la personne qu'il faut contacter et privilégier dans l'entreprise.

Ainsi l'ergonome interroge de façon générale dans la première partie de ce questionnement et ensuite va même jusqu'à remettre en question certains choix, certaines actions pour les comprendre et agir dessus.

1.2.4. Le chargé SAMETH : partie prenante et gestionnaire !

Nous avons vu précédemment que l'ergonome implique davantage le chargé SAMETH dans les différentes étapes de l'intervention s'il le juge utile et aidant. En revanche, le chargé SAMETH est aussi le garant de la partie administrative de l'épisode IME.

Donc, vous êtes en contact avec l'entreprise pour constituer les dossiers, tout ce qui est je pense peut-être aussi, vous l'aidez aussi dans la constitution. Il l'aide aussi dans la constitution du dossier MDPH. Donc, c'est vraiment un soutien, d'accord. Est-ce que vous avez des informations par rapport à l'entreprise qui pourraient orienter notre intervention ?

(SIMUL - Ergo 9, ergonome consultant junior, lors du premier contact téléphonique avec la chargée SAMETH)

L'ergonome et le chargé SAMETH ont besoin l'un de l'autre pour avancer l'Action. Aussi l'ergonome propose fréquemment aux chargés SAMETH "d'être associés à la démarche d'intervention de A à Z" (citation exacte de deux ergonomes Ergo 3 et Ergo 10) et cherche la meilleure façon de le joindre facilement.

Sachant que le chargé SAMETH prendra le relais au niveau administratif pour aider l'employeur dans la constitution de dossiers d'aide aux différents financements, l'ergonome interrogé propose aux chargés SAMETH de travailler ensemble, d'échanger ensemble pour constituer le dossier le plus complet possible :

Oui, c'est cela ! On a une note de synthèse qui est un peu compliquée, qui doit donner la part de compensation du handicap, puisqu'on est censé se tenir à la stricte compensation du handicap, et donc de là découle une participation de l'AGEFIPH. Donc ça, l'employeur va sans doute nous poser des questions par rapport à ces financements, à ces aides. Et donc, pour constituer ce tableau, ça serait intéressant qu'on en discute ensemble parce que cela dépend aussi des, il y a des régions où ce n'est pas pareil. Donc ensuite, le relais, je vous donne le dossier le plus complet possible, pour que ce soit vous qui ensuite accompagniez l'employeur dans la mise en place de ces solutions. Ça peut être de l'organisationnel, du technique. Ça peut ne rien coûter, comme ça peut être du matériel spécifique qui nécessite des études.

(SIMUL - Ergo 11, ergonome consultante junior, lors du premier contact téléphonique avec la chargée SAMETH)

Mais cet acteur est aussi garant de la bonne utilisation des aides de l'AGEFIPH et en conséquence des fonds de l'AGEFIPH. Malgré son intérêt, son implication dans le maintien

dans l'emploi, des objectifs propres à sa fonction lui sont confiés, avec des contraintes temporelles et de coactivités fortes. Son action est donc soumise à certaines règles parfois méconnues de l'ergonome.

Visiblement, il y avait plusieurs problèmes. Ce qui m'a fait arrêter de m'acharner sur la question de l'aide aux transports pour ce salarié, c'est qu'elle a commencé à m'expliquer, Madame CORDI (chargée SAMETH), que elle, elle connaissait bien Monsieur DOUED depuis deux ans, qu'il changeait régulièrement d'avis et que il ne m'avait pas tout dit. Je ne sais pas beaucoup ce qu'il ne m'avait pas dit parce qu'elle est restée très très évasive. Donc elle avait l'air de m'expliquer qu'il me menait en bateau. Moi, j'en ai pas la preuve. Mais on va quand même penser, comme c'est elle qui a deux ans d'expérience... En plus, la responsable de la chargée SAMETH l'a quand même assez défendue sur ce coup là. Je pensais m'appuyer sur elle, ça a été raté. Ils nous ont dit que les demandes d'aides aux transports depuis janvier 2012 étaient extrêmement restreintes par l'AGEFIPH, que c'était très compliqué à avoir et que visiblement elle ne prenait pas le risque de faire une demande de financement, si elle n'était pas sûre qu'elle aboutisse parce que c'était source de complications importantes. Donc de relations compliquées avec l'AGEFIPH pour se justifier et visiblement, ça leur a posé des problèmes. Je n'ai pas compris quel genre de problèmes. J'ai pas compris mais visiblement c'était trop compliqué pour que ça vaille le coup de faire ça.

(SUIVI - SERVADOM, Ergo 4, ergonome consultante senior, suite à un échange avec la chargée SAMETH au sujet d'une aide au transport qu'elle ne veut pas mettre en place pour un salarié lourdement handicapé).

1.3. Des perspectives d'action de l'ergonome au travers de l'épisode IME

1.3.1. L'activité pédagogique de l'ergonome

Au cours de son intervention, l'ergonome ne cesse de rechercher l'implication des acteurs à la cause commune du maintien dans l'emploi. Au-delà de cette recherche d'implication, il va essayer de la créer.

L'un des ergonomes interrogés lors de la simulation d'intervention évoque le diagnostic comme un outil pédagogique. Il propose par cela de montrer à l'entreprise les éléments que la salariée parvient à réaliser, pas seulement ses difficultés mais aussi les possibilités d'amélioration des conditions de travail valables pour l'ensemble des salariés.

Et je me souviens aussi très bien de ce qu'ils disaient sur : on ne valorise pas assez ce qui marche déjà, ce que fait déjà la personne. Si bien que dans mes diagnostics en ce qui concerne le maintien dans l'emploi, je commence souvent, et je le dis à nos plus jeunes, par souvent montrer tout ce que la personne arrive à faire, et faire attention à ne pas être sur des listes, même si le système agéfipien nous y inciterait, situations de handicap, compensations du handicap, c'est-à-dire tout ce que la personne, partout là, où elle est en difficulté mais sur un diagnostic pédagogique, pour aussi donner envie à l'établissement de se dire : tiens à travers la situation de cette personne on vient éclairer, avec une situation, les conditions de

travail. Eh bien je commence souvent par des choses positives à la fois pour la personne, dire, regardez malgré son état physique, regardez tout ce qu'elle a fait déjà, presque c'est un peu ça, quoi. Et après dire, il y a quand même des situations où c'est très pénible pour elle et voilà.

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, répondant à la question suivante : au niveau du diagnostic quels sont les grands thèmes que tu aborderais ?)

Cette approche permet de "dédramatiser" la situation du salarié, d'ouvrir des possibles à l'entreprise et d'élargir sa vision de la situation.

Il est plus que nécessaire pour l'ergonome de faire preuve de patience, réexpliquer plusieurs fois la même idée. La compréhension et l'intégration d'un changement sont parfois complexes. Les idées, les propositions de solutions doivent cheminer au niveau de l'entreprise, surtout quand elles modifient l'organisation établie, et aussi au niveau du salarié (il doit parfois accepter un nouveau rôle, un changement dans sa propre façon de travailler, une diminution de ses responsabilités…). Citons l'exemple de cette ergonome consultante qui se permet de proposer la prise d'arrêts de travail légitimes au vu des difficultés de santé de Monsieur CLOUNI, directeur artistique.

Étant à l'origine de ce théâtre géré par une association fonctionnant sur le principe du bénévolat, il est polyvalent et permet le bon fonctionnement du théâtre. Mais sa caractéristique d'homme clef pose "problème". Malade chronique, ses difficultés se caractérisent par des crises où il ne peut se mobiliser, ni effectuer les tâches qu'il réalise habituellement pour la fermeture du théâtre. Ce dernier vivant plus ou moins au théâtre, il ne s'arrête pas vraiment. Il est difficile pour l'administrateur du théâtre de trouver des bénévoles disponibles au dernier moment, sans rétribution, pour le remplacer. L'ergonome suggère un montage financier "inédit" : elle propose que le salarié se mette réellement en arrêt maladie, pour être pris en charge par la Sécurité Sociale et permettre ainsi à l'entreprise de payer des heures supplémentaires à un collègue qui sera officiellement là pour le suppléer.

Elle explique à plusieurs reprises son idée dans l'entreprise, puis au salarié :

Ergonome : Il me semble que l'administrateur, il ne l'avait pas compris ce que j'avais voulu dire en fait dans le…
C.Q. : Au départ ?
Ergonome : Oui.
C.Q. : Je crois qu'il t'a envoyé un mail ou…?
Ergonome : Non, non, mais à la réunion, il m'avait demandé ce que ça voulait dire et ce que ça impliquait. Je pense que je n'avais pas dû être claire dans le diagnostic, parce que, moi-même, c'était une idée un peu…Et donc, du coup, je pense qu'il ne l'avait pas intégré avant. C'est ça que je voulais dire. Il y avait pas réfléchi avant parce qu'il n'avait pas compris ce que

j'avais dit. Et finalement, il a adhéré tout de suite au truc, tu vois, alors que je pensais que ça allait être…
C.Q. : En en discutant, ça a fonctionné ?
Ergonome : Pendant le diag', oui. Alors, en même temps, en en discutant, ça a formalisé un peu l'idée parce que j'en avais un peu le… comment dirais-je ?... le pressentiment. Mais je savais pas comment ça se formalisait en termes pratiques.
C.Q. : Parce que tu en as parlé aussi, j'ai vu, pendant les observations.
Ergonome : Pendant les observations, je lui ai parlé des arrêts-maladie ?
C.Q. : Et pendant les essais. Tu en as parlé plusieurs fois au fur et à mesure de l'intervention.
Ergonome : Ah oui ? À l'administrateur aussi ?
C.Q. : À l'administrateur.
Ergonome : Ah, oui.
C.Q. : Tu en parlais à l'administrateur, mais pas au salarié ?
Ergonome : Oui. Mais, oui, parce que le salarié, il n'était pas prêt.
(SUIVI - THEATRO, Ergo 4, ergonome consultante senior, évoquant la solution des arrêts-maladie)

La compréhension des propositions de solutions n'est qu'une première étape. Au-delà, il est nécessaire d'impulser une dynamique pour permettre l'acceptation et la mise en œuvre des ces solutions, il s'agit alors d'une aide à la décision. Cela a été l'une des difficultés auxquelles a dû faire face l'un des ergonomes suivis :

[…]La difficulté, c'est que j'ai ressenti vraiment que l'entreprise ne rebondissait pas grâce à cette intervention. Il y a plusieurs entreprises qui m'ont dit : « C'est la première fois que je vois un ergonome. Bon. Comment ça se passe ? Qu'est-ce qui va se passer ? » Et là, on a l'impression qu'ils n'en ont absolument… Je m'interroge, à me dire : est-ce qu'ils ne sont pas dans la logique de se dire : « L'ergonome nous a bien emmerdés, on a eu des échanges de mails, ça nous a pris un temps fou ! Au final, on s'est bien débrouillé sans lui ». Est-ce qu'ils ont compris qu'on les avait aidés à réfléchir et qu'on n'a pas été que des empêcheurs de tourner en rond ? Je n'ai pas du tout l'impression que les gens aient reçu notre intervention comme une aide à la décision.
(SUIVI - RECRUTO, Ergo 5, ergonome consultant senior, répondant à la question suivante :** Est-ce qu'il y a des moments où, au cours de l'intervention, tu as eu des soucis particuliers ? Est-ce que tu as identifié des moments qui ont été plus problématiques ?**)

L'ergonome n'est pas là pour proposer une solution clef en main. Cette solution, elle doit être construite avec l'ensemble des parties prenantes de l'entreprise. Pour cela, il va créer un "fouillis", une remise en questions d'un certain nombre d'éléments et montrer un enchevêtrement de solutions potentielles. Mais ce fouillis se veut vertueux, destiné à créer du savoir combiner et à développer une posture beaucoup plus active des acteurs qui sera utile pour la suite.

Voilà, les mettre dans un fouillis où ils ne peuvent plus se raccrocher à une solution, mais savoir que j'ai dans ma besace des possibilités de solutions et qu'on va les tester, et qu'on va à la fin retenir la solution qui sera la plus adaptée.

(SUIVI - RECRUTO Ergo 5, ergonome consultant senior, par rapport à l'élaboration des solutions)

1.3.2. La projection dans l'épisode IME : l'exemple du temps partiel thérapeutique

Essayer de se projeter dans l'épisode IME a un double intérêt, aussi bien pour l'entreprise que pour le déroulé de l'intervention ergonomique.

Pour son intervention, l'ergonome cherche à connaître la fin du temps partiel thérapeutique, annonçant une reprise à temps complet pour les salariés concernés, car cela définit le temps qu'il a pour travailler sur la situation et préparer si nécessaire cette reprise de travail. Par cela, il va même chercher à négocier la fin du temps partiel thérapeutique, en demandant aux autres acteurs d'intervenir auprès du médecin conseil, ici au chargé SAMETH.

CQ - Par contre, le mi-temps thérapeutique de notre salariée est défini jusqu'en juin 2011.
Ergonome - OK. C'est un mi-temps ?
CQ - C'est un mi-temps.
Ergonome - D'accord. Jusqu'en juin. C'est toujours le même médecin qui l'a accordé, je suppose ? Oui, et vous n'avez pas eu l'occasion de lui en reparler. Non. Bon. D'accord.
CQ - Alors attendez, je vais regarder les entretiens que j'ai eus avec le médecin...
Ergonome - Il l'a accordé jusqu'en juin 2011. Est-ce qu'il vous en a dit plus, c'est à dire en gros est-ce que pour lui c'est bon, il a pris de la marge ou est-ce qu'au contraire, il a mis au minimum jusqu'en juin et pense qu'il faudra renouveler ? Enfin, voilà, est-ce que vous avez eu l'occasion de discuter avec lui par rapport à ça ?

Connaître la fin du temps partiel thérapeutique et l'examiner revient à préparer l'entreprise à toute éventualité. Dans la simulation, un des ergonomes consultants propose ainsi plusieurs scénarios à l'entreprise, afin de connaître les possibilités d'action de cette dernière suivant les différentes hypothèses.

Le projet d'entreprise pour cette dame, c'est quoi ? C'est qu'elle travaille à temps plein ? C'est qu'elle … ?

Mais ça veut dire quoi ? Si par exemple c'est une reprise à temps complet, ça donne quoi ? Si elle reprend à temps complet vous faites quoi ?

D'accord, et si elle reprend à temps partiel, si elle a une invalidité, c'est possible que vous gardiez la personne que vous aviez recrutée ?

(SIMUL - Ergo 3, ergonome consultante confirmée, lors du premier rendez-vous avec la directrice, sans la salariée)

1.3.3. Laisser des traces exploitables, des alertes pour après, auprès d'interlocuteurs choisis.

Impulser une démarche, des réflexes aux acteurs de l'entreprise est l'un des enjeux les plus importants pour l'après intervention, pour la poursuite de l'épisode IME. Créer du sens auprès des acteurs est primordial et devient la trace la plus efficace que peut laisser l'ergonome.

C.Q. : Quels seraient les points de vigilance à avoir s'il y avait à poursuivre un certain accompagnement de ce salarié ?
Ergonome : Les points de vigilance… Je reviens toujours sur la même chose puisque les points techniques, d'aménagement technique, une fois que ça y est, c'est bon. Je pense que c'est plus [+] par rapport à lui et par rapport à ce qui peut être fait par rapport à l'organisation. Ils étaient très complémentaires, Monsieur DILON (administrateur du théâtre) et Monsieur CLOUNI (salarié concerné). Et puis ils se disaient les choses. Donc je pense que, si Monsieur DILON veut aller au bout des choses en termes d'organisation, etc.… enfin… très ouverts, c'est-à-dire que, à la rigueur, j'ai ouvert une petite porte et puis, après, ils sont capables d'être imaginatifs et de trouver d'autres solutions. Donc je ne sais pas si ça mériterait…
C.Q. : … d'aller plus loin.
Ergonome : Oui, moi ou toi, avoir un apport supplémentaire par la suite, c'est pas si évident que ça. Je pense qu'on leur a donné les clés… enfin… je leur ai donné les clés pour…
C.Q. : … pour pouvoir poursuivre.
Ergonome : Oui, pour pouvoir poursuivre. Et je pense qu'il n'y aurait aucun problème pour qu'ils nous recontactent s'il y avait un problème.
C.Q. : Et les clés que tu as données, ce n'est pas seulement de l'écrit. Je pense que c'est aussi des échanges que tu as eus avec eux.
Ergonome : Oui, je pense. C'est le genre de personne qui a besoin d'avoir confiance avec la personne avec qui il est, je pense, pour s'exprimer et puis… Bon, alors, après, il se livre beaucoup. Et peut-être qu'il l'aurait fait avec n'importe qui. Je n'en sais rien. Ça se peut tout à fait. Je ne dis pas que c'est lié à moi. Mais le fait d'avoir passé du temps avec lui, c'était vachement important, je pense.
C.Q. : Est-ce que tu as pu examiner tous les points que tu voulais voir au niveau de l'analyse de l'activité ?
Ergonome : Non, parce qu'il y avait trop de trucs, mais ça a pas beaucoup d'importance. Enfin… pour moi.
C.Q. : C'était plutôt enclencher une démarche, enclencher une approche ?
Ergonome : Oui, parce qu'en termes d'aménagements, en fait, il y avait beaucoup de choses à faire, mais j'ai limité énormément parce que… d'abord parce qu'il y avait trop à voir et je pense que je pouvais pas tout voir avec le nombre de jours que j'avais, mais aussi parce que tu ne peux pas leur mettre en truc… C'est comme quand on va dans une crèche. Tu parles de port de charge, mais ce sont des bébés. Je veux dire, tu peux ne pas faire n'importe quoi. Et là, tu es exactement dans la même chose, c'est-à-dire qu'il y a des choses que tu ne peux pas modifier parce que tu es dans l'artistique, tu es dans le… Et donc ça sert à rien d'aller leur

proposer des trucs qui n'ont pas de sens pour eux. Donc ça, c'est évident que c'est à éviter. Mais je ne pense pas que c'était là le plus important. Donc ce n'est pas très grave.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior)

Toujours dans cet exemple (THEATRO), l'ergonome soulève des difficultés d'accès au niveau du bar pour le salarié. Aucune solution n'est envisagée au cours de l'intervention.

C.Q. : Dernière chose. Tu as parlé du bar en dernier.
Ergonome : Du bar ?
C.Q. : Ce que j'ai pu lire et reprendre de nos entretiens, tu parlais du bar et tu disais que, du coup, tu l'avais vu un peu tardivement, mais que c'était une piste pour améliorer encore…
Ergonome : Oui, parce qu'en fait, il m'avait pas dit qu'il allait au bar, le coquin. Et, en fait, il y va. En fait, quand j'ai reparlé… parce qu'il y a des trucs… C'est un peu foireux, leur truc, au bar. C'est esthétiquement sympa, mais pas très bien aménagé. Mais c'est tout petit, donc les possibilités d'aménagement… il faudrait refaire un truc…
C.Q. : Tu penses que c'est quelque chose qu'ils feront dans l'avenir ?
Ergonome : Non. Non, parce qu'ils étaient l'un et l'autre à me dire qu'il y allait très peu et que ce n'était pas la peine de se prendre la tête.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior)

Mais l'ergonome laisse tout de même une trace écrite de ce constat, de façon à permettre à l'entreprise, le cas échéant, de s'approprier le problème. Elle est confiante dans le fait que maintenant l'entreprise est autonome pour essayer de trouver des solutions sans son aide.

Mais l'ergonome doit laisser des traces à un destinataire. Il sélectionne ce destinataire au travers de l'intervention : soit cette personne s'est affichée comme une personne ressource particulièrement impliquée, investie pour le maintien dans l'emploi, soit l'ergonome a fait évoluer la structure de réflexion d'un acteur ayant un rôle déterminant et c'est cette personne qui va jouer le rôle. Dans le premier cas, nous pouvons citer l'administrateur de THEATRO, capable de saisir un problème, de se l'approprier pour chercher une solution et d'aider le salarié vis-à-vis de l'acceptation du handicap. Dans le second cas, il s'agit de la chargée SAMETH intervenant pour l'entreprise SERVADOM.

Donc le revirement de la chargée SAMETH à la fin… Tu étais là à la réunion quand même où elle a… Elle a l'air beaucoup plus ouverte sur un certain nombre de choses, même sur des matériels qui, certes, compensaient le handicap mais qui n'avaient pas de lien direct avec l'activité. Et finalement elle a fait preuve assez d'ouverture. J'étais assez étonnée. Donc je me dis que le chemin est peut-être un peu fait pour lui pour après, quand l'aménagement sera fait, voir s'il y a besoin d'une auxiliaire professionnelle en plus et/ou la Reconnaissance de la Lourdeur de Handicap. Je pense que, là, elle est plus ouverte.

(SUIVI - SERVADOM, Ergo 4, ergonome consultante senior, suite à la réunion de finalisation avec la chargée SAMETH, le médecin du travail et le salarié)

Pour cela, l'ergonome est contraint de prendre en compte la personnalité propre de chacun des acteurs, son investissement (terme plus fort que celui d'implication).

1.3.4. S'approprier progressivement un sujet

L'ergonome n'hésite pas à s'approprier un sujet qui n'est pas forcément dans son champ d'action, mais étant dans sa fenêtre d'intervention, il en profite pour activer l'épisode IME. Il n'a pas forcément la possibilité d'agir directement dessus. Ainsi, l'ergonome a dû se saisir de plusieurs sujets au cours de l'intervention pour Monsieur CLOUNI concernant l'épisode IME :

- la question de l'invalidité
- une demande de reconnaissance de lourdeur du handicap
- l'absence d'action du médecin du travail
- l'aménagement de son véhicule
- des arrêts de travail pour le salarié.
- la possibilité d'une aide humaine financée par l'AGEFIPH

Nous allons suivre ce dernier sujet au travers de l'intervention. Grâce à l'extraction[55] que nous avons réalisée du schéma d'action, nous nous apercevons qu'une fois l'idée lancée lors du premier rendez-vous, l'ergonome relance l'idée de l'aide humaine à chaque rendez-vous avec l'entreprise (l'administrateur), le salarié, et sollicite également la chargée SAMETH. Les initiatives de l'ergonome sur ce sujet sont cerclées en rouge dans l'extraction du schéma d'action (cf. p. 243).

Au cours de ce premier rendez-vous, l'ergonome évoque l'aide humaine au milieu de l'invalidité et de la reconnaissance de lourdeur du handicap :

"Est-ce que vous avez une pension d'invalidité ?" Elle parle de la pension d'invalidité. "Elle permet de compenser financièrement le temps. En fait, vous avez le droit de travailler moins de temps. Il y a une compensation financière de la sécu." Elle lui explique ce que c'est, que la demande s'effectue à la sécurité sociale avec le médecin traitant. Mais elle lui dit qu'"on n'en est pas encore là. Pour l'instant, vous ne dites rien, on va voir où on va avant de faire tout çà. Rassurez-vous, il y a d'autres possibilités. D'abord faut qu'on voie s'il y a des aménagements techniques et organisationnels qui sont possibles. ***Mais vous pouvez bénéficier par exemple d'une aide humaine qui sera financée par l'AGEFIPH, quelques heures par semaine.*** *Si vraiment avec tout ça, on n'y arrive pas, on peut demander. Alors, ça c'est un dossier un peu compliqué" Elle lui parle également de la reconnaissance de lourdeur du handicap, qui fait que l'entreprise peut bénéficier d'une aide financière. Elle lui dit : "vous voyez, il y a des aides, il y a des choses."*

[55] Dans le schéma d'action, chaque dimension temporelle est codée avec une couleur : pour l'épisode IME, c'est le vert. Ce qui nous permet de repérer rapidement les différents items ayant trait à ce cadre temporel et ce pour chaque étape de l'intervention.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior, lors du premier rendez-vous en entreprise, s'adressant au salarié en présence de l'administrateur du théâtre)

Elle évoque cette aide car elle pense qu'elle sera plus tolérable pour ce salarié en cours d'acceptation de son handicap, et sera un bon complément des aménagements futurs.

J'en ai pensé quoi ? J'en ai pensé que je pense que l'acceptation du handicap est en cours et que je pense que la plus grosse partie de l'intervention, ce sera dans cette démarche là. En termes techniques, je ne suis pas sûre qu'on puisse faire des miracles. En termes organisationnel, il y a peut-être des solutions mais ça veut dire pour lui, de toute façon, accepter l'aide de quelqu'un d'autre. Si c'est quelqu'un payé avec un financement AGEFIPH, ce sera différent pour lui, ce sera plus acceptable, je pense.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior, ses premières réactions à la suite du premier rendez-vous en entreprise)

Elle justifie à posteriori pourquoi elle a évoqué si rapidement ces aides, qui ne sont pourtant pas de son ressort mais plutôt de celui du SAMETH : pour rassurer le salarié et lui montrer qu'il y a du possible.

Ergonome. Alors pour moi, normalement, tu ne parles pas de çà au premier rendez-vous. C'était un peu prématuré en ce sens là. En revanche, je pense qu'il avait énormément besoin d'être rassuré et que, il avait besoin de savoir aussi que, même si la solution. Parce que forcément, la solution, elle ne saute pas aux yeux, là, techniquement, même au niveau de l'organisation, ils ont très peu de moyens, ce n'est pas évident. Et donc, je pense qu'il fallait aussi aborder ce sujet là, pour quand même lui donner, lui dire qu'il est quand même possible de faire quelque chose et le rassurer. Parce que je le sentais quand même très très inquiet sur son avenir financier et celui de l'association aussi, au passage. Après je me suis posé la question quand je suis rentrée, pourquoi le Sameth n'avait pas abordé le sujet ? Parce que c'est leur boulot en fait, et je n'ai pas la réponse, je voulais appeler la chargée SAMETH, je ne l'ai pas encore fait. C'est une question que je lui poserai. Je pense qu'elle a du penser la même chose que moi, que c'était peut-être un peu prématuré, voilà.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior, quelques jours après le premier rendez-vous en entreprise)

Progressivement, pendant les phases d'observations et d'essais, l'ergonome, avec l'administrateur du théâtre, définit le rôle potentiel de cette aide humaine (le rangement des documents administratifs du directeur artistique), les conditions de son utilisation, car c'est une aide ponctuelle. Grâce à cela, le salarié accepte enfin lors de la présentation du diagnostic, avec l'appui et l'apport de connaissances de la chargée SAMETH.

ERGONOME : Et donc, après, on avait évoqué quelques points plus liés à l'organisation. On a évoqué certains liés au financement d'une aide humaine. On en a parlé. Donc je sais que c'était pas… Vous n'étiez pas spécialement favorable à la présence d'une personne qui était…

En plus, la prestation n'était pas renouvelable après un an. Mais on y avait pensé, du coup, un peu autrement avec Monsieur DILON en se demandant si cette personne-là pouvait pas aussi être là dans un temps qui serait limité – de toute façon, un temps limité, c'est limité – pour faire, je dirais, tout ce qui est partie rangement, etc., au niveau des papiers, pour vous aider, pour pouvoir que… et remettre un petit peu je veux dire en état.
SALARIÉ : Oui… Combien de temps ? C'est une période de…?
CHARGÉE SAMETH : En fait, c'est une aide de 9 150 euros non renouvelable. Ça veut dire, voilà, ça peut être sur un an, sur deux ans, mais, en tout cas, c'est 9 150 euros. Ça participe au coût du salaire, aux frais du salaire. Donc 9 150, si c'est un temps partiel, je me rends pas bien compte…
ERGONOME : C'est ça… Ce n'est pas forcément… Alors, moi, je le voyais un petit peu comme ça, c'est-à-dire…
CHARGÉE SAMETH : Ça peut faire six mois ou sur un an, oui avec les charges et tout… Donc là, ce serait ponctuellement, juste pour aider un petit peu à ranger, c'est ça ?
ERGONOME : Voilà, pour remettre… Disons, pour refaciliter un petit peu l'accès aux documents…
CHARGÉE SAMETH : Par exemple, dans votre bureau en haut, classer les papiers.
SALARIÉ : Oui…
ERGONOME : Moi, je l'avais vu aussi sur un autre point…
SALARIÉ : J'accepte plus ça. La dernière fois, quand ça a été évoqué, j'ai dit : aaah… c'est toujours le refus de…
Monsieur DILON : C'est un garde-malade…
SALARIÉ : Oui, voilà.
CHARGÉE SAMETH : C'est une personne qui vient pallier les gestes professionnels que la personne ne peut plus faire.
SALARIÉ : C'est difficile à accepter.
CHARGÉE SAMETH : Oui, j'imagine, c'est normal.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior, lors de la présentation du diagnostic avec le salarié, l'administrateur et la chargée SAMETH)

Cette aide, bien qu'à destination du salarié, vise à aider tout autant l'entreprise qui a déjà beaucoup œuvré pour le salarié et qui arrive "au bout de ses limites". C'est un objectif non affiché de l'ergonome. Bien consciente des difficultés organisationnelles et financières de l'entreprise, l'ergonome s'est donc obstinée pour arriver à l'acceptation de l'aide humaine (entre autres).

On avait parlé aussi de l'aide humaine. Bon. L'aide humaine, c'est une aide ponctuelle aussi. Donc il s'agissait de savoir quand est-ce qu'il fallait vraiment la déclencher. Alors là, pour le coup, ça intéressait plus l'administrateur que le salarié, je pense.

Là, dans les propositions organisationnelles qu'on évoquait, ça parlait beaucoup d'aide extérieure. J'avais un peu peur que ça passe pas, par rapport à lui parce qu'il était quand

même dans un truc où il voulait être très autonome et ne devoir rien à personne. Et, en même temps, je pensais que l'assoc' avait quand même besoin d'un petit coup de pouce, parce qu'ils ont fait déjà beaucoup d'efforts. Ils avaient quand même embauché quelqu'un pour lui… enfin… pas totalement pour lui, mais aussi pour l'aider, etc. Et donc, à mon avis, ils arrivaient au bout de leurs possibilités avec les moyens du bord qu'ils avaient. Donc je pense qu'il fallait aussi trouver une solution qui puisse aider l'assoc'… enfin… le théâtre à maintenir… parce qu'ils ne vont pas le virer. Je veux dire, c'est l'âme du théâtre, ce monsieur.

(SUIVI - THEATRO Ergo 4, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi de l'intervention)

Néanmoins soucieux de garder sa place de consultant (qui va repartir), l'ergonome prend en compte et retravaille les logiques d'actions des différents acteurs de l'épisode IME, dans notre exemple il s'agit de l'administrateur et de la chargée SAMETH. L'ergonome impulse l'idée aux acteurs de l'épisode IME, la conduit jusqu'à maturation et acceptation, pour que la chargée SAMETH la mette en place avec l'entreprise par la suite. L'ergonome active cette idée d'aide sans pourvoir agir réellement dessus, c'est du ressort du SAMETH.

Figure 28 : L'épisode IME au travers de l'intervention THEATRO avec le suivi du sujet "aide humaine" par l'ergonome

QUESTIONNEMENTS DE L'ERGONOME

1ER RENDEZ-VOUS EN ENTREPRISE

- Au salarié, l'ergonome demande
* s'il est prêt à avoir des aides techniques.
* La nature de son titre de bénéficiaire ? S'il a une RQTH ? S'il a une pension d'invalidité ?

- Montrer du possible en expliquant les différentes aides possibles en complément des aménagements techniques et organisationnels : explication de l'invalidité, de son intérêt; **possibilité d'une aide humaine financée par l'AGEFIPH** & en dernier recours possibilité de demander la RLH.
* Indique qu'il est possible de diminuer le temps de travail avec une compensation financière. "Mais on en est pas là."
- est interpellée par le délai de sollicitation de l'ergonome, par le chargé SAMETH (entre 6 et 12 mois)

POINT AVANT LES OBSERVATIONS

- Inquiétude réelle sur l'implication du médecin du travail.
- Aménagement de la cuisine présent dans la demande d'intervention, donc cela devait faire partie de l'étude mais projet déjà bien avancé par l'entreprise. Donc l'ergonome a rattrapé certaines choses comme l'emplacement du lave-vaisselle.

Essais contact Chargée SAMETH et Médecin du travail

L'ergonome demande son avis et pose plusieurs questions à la chargée SAMETH :
- Possibilité de la RLH ? Pas possible car des contrats tremplin.
-**Aide d'une tierce personne ? Aide non renouvelable mais pourquoi pas ? Montant : 9100 euros.**
-Invalidité ? Voir avec un avis médical. Le salarié a aussi du diabète.

La chargée SAMETH la rappelle le jour même.

1ère PHASE D'OBSERVATION

Questionne le salarié sur la possibilité d'avoir un auxiliaire professionnelle, le salarié semble réfractaire mais l'administrateur conseille de poursuivre cette piste.

INTENTIONS

-> Parler à la chargée SAMETH :
- de la carte de stationnement
- de l'acquisition du véhicule
-de l'aménagement du véhicule (boule au volant, boîte automatique)
- De l'auxiliaire prof.
-> Veut proposer au salarié de poser de vrais arrêts de travail en périodes de crises, pour permettre à l'association de rétribuer les bénévoles (besoin du médecin du travail pour convaincre le salarié)

ECRITURE DU DIAGNOSTIC

- Questions / à l'arrêt maladie pas directement avec le salarié (pour pouvoir l'écrire dans le document de diagnostic) mais avec l'administrateur.
-N'a toujours pas l'aide du médecin du travail, regrette qu'il ne soit pas présent à la prochaine réunion. Mais ne veut pas bloquer le dossier pour lui.
- **Pense que le rôle du SAMETH va être important /** à la piste de l'arrêt maladie, **à l'aide humaine,** à l'aménagement du véhicule.

ECHANGE TELEPHONIQUE AVEC LA CHARGEE SAMETTH

Échanges au sujet de la proposition des arrêts. La chargée parle seulement de la convention collective.

L'ergonome a oublié de lui parler de l'aménagement du véhicule.

PRESENTATION DIAGNOSTIC

- Questions / au médecin du travail et aux contacts eus avec lui pour l'entreprise et pour la chargée SAMETH.
- Demande à la chargée SAMETH si c'est l'aide supplémentaire de 3000 euros ou le financement de l'aménagement de poste ?
- requestionne l'idée de l'aide humaine.

- Négociation des modes de financement et de cofinancement des aménagements proposés. Ne connaissait pas l'aide complémentaire de 3000 €, mobilisable après les 2000 €.
- Évoque l'aménagement du véhicule.
- L'ergonome attendait un rôle de coordination de la chargée SAMETH et d'interlocutrice répondant aux questions posées, surtout administratives.

INTERETS ET PREOCCUPATIONS DE L'ERGONOME

1.4. Synthèse conclusive

Dès son arrivée, l'ergonome tente de piloter cet épisode IME avec le respect qu'il doit aux actions antérieures menées par différents acteurs. Il s'inscrit dans ce dispositif social fort. Il cherche à donner de la concordance, de la cohérence et de la pérennité. Il prend en compte chacun des acteurs avec sa personnalité, sa subjectivité et son appréciation de la situation. En dehors des acteurs de l'entreprise, le rôle des intervenants (chargé SAMETH, médecin du travail, assistante sociale…) pour le maintien dans l'emploi est plutôt centré sur l'individu. A contrario, l'ergonome se préoccupe à la fois de l'aspect individuel mais aussi de l'aspect collectif.

En résumé, l'ergonome conditionne son positionnement et le rythme de sa propre intervention au rythme et aux faits de l'épisode IME antérieurs à la fenêtre d'intervention. Il définit ainsi l'urgence de la situation. Finalement, il se positionne comme un contrôleur, un vérificateur de cet épisode mais aussi de l'instruction administrative du dossier du salarié concerné. Il réalise une sorte d'"état des lieux". Par cela, il examine la logique et la cohérence de l'Action globale destinée au maintien dans l'emploi. Il vérifie si tous les leviers utiles ont été activés, au "risque" de dépasser son propre champ d'action. Il s'assure du positionnement de l'entreprise et plus particulièrement d'un interlocuteur au plus proche de la situation : le responsable direct du salarié. Il se préoccupe réellement de cet acteur. Une question reste constamment à l'esprit de l'ergonome : l'entreprise est-elle dans l'action ou subit-elle la situation sans parvenir à agir ?

L'ergonome cherche à établir tout au long de l'intervention une construction collective de l'Action. Pour cela, il examine l'état des relations préexistantes, notamment à partir du positionnement du salarié. Il cherche aussi à savoir si cette construction collective existe avant son intervention, s'il y a une démarche commune. Il identifie les parties prenantes en capacité d'action. Il sait qu'il ne peut intervenir seul. Donc il "recrute" certains acteurs selon l'implication qu'il perçoit de chacun et leur capacité de l'informer sur la situation et son antériorité. Il va même jusqu'à impulser des démarches, des actions (administratives par exemple), qui ne sont pas de son ressort, auprès d'autres acteurs, tels que le chargé SAMETH, l'assistante sociale, le responsable Ressources Humaines ou encore le médecin du travail. Il vérifie aussi que toutes les actions qui lui semblent légitimes et nécessaires ont été réalisées ou engagées.

Et pour établir cette construction collective de l'Action et qu'elle devienne aussi pérenne que possible, l'ergonome développe une pédagogie concernant la compréhension de la situation du salarié aussi bien pour l'entreprise que pour les acteurs du maintien dans l'emploi. Cette pédagogie peut se traduire au travers de différents termes : répéter, être patient, faire preuve de conviction, convaincre, construire ensemble des solutions, remettre en question et créer du dynamisme. Mais l'intervention de l'ergonome se déroule sur un temps limité pour tous les acteurs de l'épisode IME. Ainsi l'ergonome cherche à laisser des traces pour la suite mais aussi des alertes. Cela peut être des traces écrites mais aussi une démarche. Il vise

à donner du sens à l'action engagée ou sur le point de s'engager. Mais il prend la précaution de laisser trace auprès d'un acteur qu'il détermine comme ressource pour la suite.

Enfin l'une des particularités de ces interventions dans le champ du maintien dans l'emploi, et plus particulièrement pour des salariés ayant une maladie chronique évolutive, est le fait que l'ergonome n'hésite pas à s'approprier un sujet, à l'origine en dehors de son champ d'intervention, et à le porter au cours de son intervention. Cela peut concerner aussi bien une demande de pension d'invalidité que les trajets domicile - travail. Ne pouvant agir directement sur ce sujet, il sollicite les acteurs en capacité de le faire de façon à questionner ensemble la problématique soulevée. En conséquence, l'ergonome agit bien évidemment dans sa fenêtre d'intervention mais aussi pour après, pour la poursuite de l'épisode IME.

2. Avoir prise sur l'histoire longue du salarié :

L'ergonome tente de comprendre les éléments liés au parcours du salarié qui sont à l'origine du point de rupture mettant en danger la conservation de son travail. Il cherche ainsi à caractériser la situation du salarié dans sa globalité, dans sa complexité, dans son évolution tout en trouvant des arguments, des leviers, des moyens d'actions pour rendre possible et durable le maintien dans l'emploi.

2.1. Diagnostic progressif de l'histoire du salarié malade :

L'histoire longue du salarié, telle que nous l'appréhendons dans cette recherche, inclut plusieurs dimensions relatives à la gestion de santé dans la sphère privée mais aussi au travail, à la réalisation du travail, au parcours professionnel, à la vie privée, sociale… Par l'analyse des entretiens de simulation et des suivis d'interventions, nous verrons que l'ergonome ne se contente pas des restrictions émises par le médecin du travail pour saisir l'histoire du salarié mais examine chacune de ces dimensions. Il établit un diagnostic progressif de la situation du salarié, à différents niveaux.

2.1.1. État de santé : une recherche d'informations ambigüe.

L'information sur l'état de santé constitue une base fondamentale de l'évaluation des possibilités de maintien et de retour à l'emploi. Cependant il existe des obstacles légaux à l'obtention une telle information (secret médical). Son obtention est évidente lorsque le salarié a révélé sa pathologie sur le lieu de travail auprès de ses collègues, auprès de sa hiérarchie. Rappelons qu'une telle révélation constitue souvent un facteur qui favorise les efforts de maintien ou de réinsertion, déployés par l'ergonome. Inversement si le salarié désire celer sa pathologie, rien n'autorise à passer outre le secret médical. Dans les faits et dans une forme de secret partagé, le médecin du travail, souvent au fait de la pathologie du salarié, et l'ergonome peuvent échanger des éléments fondamentaux quant aux limitations du salarié. Dans les cas étudiés, au travers des simulations d'intervention et des suivis d'intervention, l'ergonome dispose le plus souvent du diagnostic des pathologies fourni par le salarié. Le médecin du travail n'évoque quasiment jamais un diagnostic précis mais

s'autorise à orienter l'ergonome vers des grandes familles de pathologies (rhumatismales, neurologiques…) et surtout précise les limitations fonctionnelles.

Alors, moi ce que j'ai comme éléments par le SAMETH c'est que l'activité est assez physique et qu'elle a une maladie invalidante. Sans trahir le secret médical, il me serait intéressant de savoir quelles sont les conséquences de son handicap et de sa maladie. Est-ce que c'est plutôt membres sup, membres inférieurs ? Est-ce qu'il y a plutôt une pathologie générale ? Quelles sont ses restrictions ?
(SIMUL - Ergo 5, Ergonome consultant senior, questionnant le médecin du travail lors du premier contact téléphonique)

Un cas particulier est constitué par les accidents du travail et les maladies professionnelles qui conduisent souvent à une révélation de la nature des lésions. Rappelons que dans un certain nombre de cas, les atteintes sont évidentes, visibles, ceci facilitant la communication à leur propos. Enfin les échanges successifs avec l'ergonome peuvent conduire le salarié à donner plus d'éléments sur son état de santé qu'il ne l'avait fait précédemment.

L'exemple suivant montre la complexité de la tâche ressentie par un ergonome au cours d'une simulation :

Je finirai avec Mme INA. S'il y a des choses qu'elle a besoin de me dire, j'établis une confiance, je lui rappellerai le principe de confidentialité. Comme ça, s'il y a des choses qu'elle veut que je ne dise pas, elle me le signale et je ne les mentionnerai pas, même si... Je me retrouve parfois confronté à des conflits déontologiques, c'est à dire qu'il y a un point qu'il me semble important de traiter mais que le ou la salarié ne veut pas parce qu'il ou elle pense que ça va être préjudiciable à sa carrière, alors là, soit je gère avec ma conscience, ou j'en parle carrément avec le salarié en lui disant : "voilà, à moi ça me paraît important qu'on travaille ce point, vous ne souhaitez pas qu'on en parle mais si on n'en parle pas, on va pas le traiter alors que ça risque d'être très problématique si on ne s'en occupe pas. Donc, comment est-ce qu'on peut faire ? Voilà." Un truc aussi que je pose avec le bénéficiaire : je lui dis qu'il y aura une validation, mais la première personne qui validera, ce sera elle. C'est à dire que le rapport, je l'envoie à elle et elle me dit si ce que j'ai écrit, ça lui va, si c'est juste, ou s'il y a des choses que j'ai écrites et lui posent problème, avant de les faire valider par les autres.
(SIMUL - Ergo 10, Ergonome consultant confirmé, après avoir échangé avec la responsable directe)

2.1.2. Les conséquences quotidiennes des maladies chroniques sur l'individu

Il est nécessaire de rappeler que les conséquences les plus courantes des affections chroniques, outre les limitations spécifiques à chaque pathologie, sont habituellement une grande fatigabilité, une humeur dépressive et éventuellement les troubles liés aux traitements. Un exemple illustre l'une de ces données chez Madame INA, salariée atteinte de diabète et d'hypertension (cas de simulation d'intervention), avec une acquisition

progressive d'informations et une recherche d'exhaustivité à propos des retentissements de la maladie.

Est-ce que du coup, là on se rend compte qu'il n'y a pas que des difficultés physiques, il y a aussi d'autres difficultés qui peuvent apparaître, peut-être au niveau des problèmes d'hypertension et de diabète. Comment cela peut se répercuter dans l'activité ?
D'accord. Cette fatigabilité est surtout due à ses problèmes d'hypertension ?
De diabète et de problèmes physiques, du coup. C'est les seules conséquences du coup de ces… ?

(SIMUL - Ergo 9, Ergonome consultant junior, questionnant le médecin du travail lors du premier contact téléphonique)

La dimension temporelle des effets de la pathologie est bien illustrée par le questionnement suivant d'un ergonome en situation de simulation :

Parce que, comme on l'avait abordé dans la petite introduction avec Mme HECQUET (Directrice), vous avez eu un accident de travail assez récemment ?...
Il y a des traitements réguliers ?...
Et depuis quand ces vertiges ? Parce que vous travaillez depuis 28 ans à ce poste ?...
Par rapport aux médicaments ?...
Ces maladies, vous les avez depuis quand ? C'est récemment ?

(SIMUL- Ergo 7, ergonome consultant junior, questionnant la salariée au sujet de ses difficultés lors du premier rendez-vous).

2.1.3. Difficultés pour réaliser le travail

Comme pour les autres approches, la connaissance des difficultés pour réaliser le travail s'obtient de manière progressive (subtile?) souvent à l'occasion de contacts répétés avec le salarié mais aussi par des échanges avec le médecin du travail, la chargée SAMETH, et les acteurs de l'entreprise, tout particulièrement les collègues effectuant la même tâche.

Le premier rendez-vous, on aimerait bien avoir plus [+] d'éléments parce que ça permettrait de peut-être aller plus droit au but par rapport à certains équipements. Mais est-ce que ce n'est pas non plus restrictif d'avoir quelqu'un qui, dès le début, nous dit : « Moi, ce geste-là, je ne peux pas le faire » ? Alors si c'est clair et net, bon, elle ne peut pas le faire, elle ne peut pas le faire. Mais il y a des moments où on est dans l'imprécision, qui font que c'est peut-être mieux que quelqu'un nous dise pas qu'il peut pas, ce qui nous laissera, nous, la possibilité de voir dans quelle mesure est-ce que c'est l'amplitude, est-ce que c'est la force, est-ce que c'est la hauteur… et qu'on n'ait pas l'impression d'avoir tout de suite une fermeture totale de quelque chose.

(SUIVI - RECRUTO Ergo 5, Ergonome consultant senior, à qui il a été posé la question de savoir s'il a eu assez d'informations au départ)

La prise d'information sur le travail nécessite un approfondissement de la tâche du salarié malade, de ses activités mais pas seulement ; elle doit également porter sur le travail

effectué par ses collègues les plus proches. C'est le sens du questionnement suivant réalisé lors d'une simulation :

Dégradation globale de l'état de santé, mais pourquoi ? Est-ce qu'elle a quelque chose de particulier, est-ce que, je ne sais pas moi, malgré la maladie invalidante... Est-ce que c'est du fait de sa maladie ou c'est du fait peut-être d'une certaine pénibilité de son travail, pénibilité dans le sens courant, les activités qui sont physiques, après genre atelier, nettoyage, il y a surement des collègues. Foyer d'accueil pour enfants polyhandicapés, il faut savoir la capacité d'accueil, le nombre de chambres, le nombre de chambres dont doit s'occuper la salariée. Enfin, je pense que je vais appeler quelqu'un parce que je n'ai pas assez de renseignements de toute façon.

(SIMUL - Ergo 11, Ergonome consultante junior, à la lecture de la demande d'intervention)

Ceci illustre aussi l'obligation pour l'ergonome de discriminer entre des activités comportant une pénibilité excessive (le plus souvent liée à la charge physique de travail), et des travaux rendus excessifs par les limitations individuelles, d'un ou d'une salarié malade.

2.1.4. Difficultés impactant le travail, son organisation, le collectif de travail

Une des préoccupations les plus courantes est le retentissement des limitations d'activité des malades chroniques sur le collectif de travail, comme présenté dans le relevé d'un principe d'action d'un ergonome en simulation.

On voit qu'il y a sur des éléments techniques, enfin, sur le matériel, il y a des choses, de façon à limiter cette fatigabilité, qui peuvent être mises en place, de façon qu'elle puisse continuer à avoir un rythme qui soit commun et on voit aussi que sa lenteur provoque des interactions, mais subies par les soignants. Et du coup, effectivement, là on se dit que, comme c'est une population difficile, il ne faut pas que son handicap se transforme en difficulté pour le reste des équipes soignantes, auquel cas elle risque d'avoir un rejet complet, et du coup, là en terme de maintien, on aura tout faux. C'est-à-dire que si on a, si on ne prend pas ça à bras le corps, il va y avoir une exclusion du collectif soignant.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, apprenant au cours des observations que le collectif "n'en peut plus")

Pour illustrer la nécessité de prendre des informations complètes, il est possible de citer les propos d'une ergonome confrontée à une demande de diagnostic initial rapide, lors d'un entretien de simulation.

Elle a une activité hyperdense, elle n'arrête pas une minute. Je peux les balayer oui, je pense de façon globale, la charge de travail générale, je ne sais pas comment fonctionne son autre collègue, mais ce qui serait intéressant, c'est justement de faire la même chose avec la collègue, de comparer et de voir si la collègue arrive, elle, à tout finir, et comment elle s'y prend. Est-ce que vraiment, ce sont ses capacités fonctionnelles qui font qu'elle n'arrive pas à aller jusqu'au bout ? Ou, c'est parce que il y a trop de choses à faire ? Tu vois, comme cela, comparer avec la collègue, je pense que cela serait déjà... Et si jamais la collègue arrive à

tout faire, ne pas montrer les résultats pour avoir vraiment une approche où on se dit, attends cela fait quand même beaucoup de trucs, elle court dans tous les sens, on sent qu'elle aime ce qu'elle fait, elle fait ce qu'elle peut, elle va jusqu'au bout des choses, elle ne laisse pas un truc en disant bah ça, ce n'est pas grave tac, tac on fait juste un petit peu comme cela on verra demain. Non, elle fait tout bien. Alors, cela serait intéressant c'est de faire la même chose avec la collègue. Pour voir si cela est une trop grosse charge de travail ou si elle est limitée avec ses capacités, alors, elle est plus fatigable du coup elle va moins vite etc....

(SIMUL - Ergo 1, Ergonome consultante junior, argumentant sur une demande de premier diagnostic)

Dans cet extrait, nous relevons une recherche de référence de "normalité" auprès des collègues, de ce qu'ils sont en capacité de faire, ceci afin de comprendre et "évaluer" les difficultés du salarié.

2.1.5. Origine et évolution des difficultés existantes au moment de l'intervention

Il est parfois difficile de se repérer dans les limitations d'un salarié malade entre ce qui revient aux affections principales ou à leurs conséquences comme le montre la reconstruction hypothético-déductive faite par cet ergonome, à propos d'une accidentée du travail.

J'ai les restrictions d'aptitude et elles orientent très clairement la réflexion autour du fait que les pathologies évolutives, diabète et hypertension, sont les causes du handicap et que finalement l'accident est une conséquence qui a aggravé la situation, mais la situation initiale c'est bien effectivement ses maladies chroniques qui engendrent une fatigabilité.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, ayant interrogé le médecin du travail sur la diachronie des limitations présentées par la salariée)

2.1.6. Parcours professionnel de la salariée, expérience et âge

La connaissance du parcours professionnel permet à l'ergonome tout aussi bien d'évaluer les compétences acquises au cours d'un travail prolongé que l'intégration dans l'entreprise.

L'âge peut être interpellant déjà, son ancienneté aussi, important, dans la mesure où elle a 28 ans d'ancienneté dans la même maison, ce n'est pas rien. On questionnera toute de suite, ça permettra de questionner un petit peu ses connaissances, ses compétences, son intégration dans la maison. [...]
D'accord. Alors racontez-moi un petit peu votre, peut-être avant de parler des difficultés que vous avez, votre parcours au sein de cet établissement. Je crois que ça fait longtemps que vous êtes présente.
Dites moi oui, rappelez-moi un petit peu votre parcours, du coup dans cette maison. Vous avez toujours été agent d'entretien ?
D'accord. Vous aimez votre travail ?

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, à la lecture de la demande d'intervention, puis questionnant la salariée au cours de leur première rencontre en entreprise)

On peut aussi prendre en compte la capacité d'adaptation du salarié, liée au fait d'avoir occupé plusieurs postes de travail. L'ergonome examine également des perspectives de moyen-long termes telles que les possibilités d'évolution dans l'entreprise ou la proximité de la retraite. Ainsi une ergonome interrogée dans le cadre de l'interruption de son intervention évoque cette problématique mais combine également deux histoires longues, celle de l'entreprise et celle du salarié :

Il y a le fait déjà qu'au niveau des aides techniques, c'était quand même limité pour tout ce qui était plantations, débroussaillage, etc., puisqu'il y a des choses qui existent, mais ça reste quand même limité au niveau des espaces verts. Et puis le fait que, voilà, le salarié… enfin… l'agent, en tout cas, est à peu d'années de la retraite et que le responsable gérait tout ce qui était donc l'arrosage manuel et automatique, et que ça lui posait aucun problème de déléguer cette tâche à ce salarié-là… enfin… cet agent-là.

(SUIVI JARDINO - Ergo 6, ergonome consultante confirmée, évoquant les raisons de l'interruption de l'intervention)

2.1.7. Interactions, risques de disjonctions et/ou disjonction avec la vie hors travail

Un exemple relativement exceptionnel, celui d'un "homme orchestre" dans un café-théâtre de marionnettes, géré par une association (à la fois créateur, cuisinier, barman, homme à tout faire et même marionnettiste) évoque les difficultés liées à un trop grand recouvrement entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Donc on a évoqué tout un truc sur le fait que, quand il n'était pas bien, il ne se mettait jamais en arrêt-maladie. Et comme il vit un peu sur place, il ne s'arrêtait pas vraiment. Il s'arrêtait un petit peu, mais… moins efficace évidemment. Et on avait posé la question de savoir si, finalement, il n'y avait pas intérêt à ce qu'il se mette réellement en arrêt-maladie pour… Qu'il soit pris en charge par la Sécu, puisqu'il ne travaillera pas, puisse permettre de payer des heures supplémentaires à un collègue qui sera officiellement là pour le suppléer. Donc ça, c'était un montage financier que je ne maîtrisais pas trop mais, en tout cas, dont on a évoqué la possibilité. Moi, ça me paraissait important. Il y avait trop de mélange entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Et, du coup, voilà, les choses étaient pas assez séparées. Quand il a besoin d'être en arrêt, ce n'est pas de la blague. S'il n'a pas l'assurance que quelqu'un va le faire derrière lui, il s'arrêtera pas vraiment.

(SUIVI THEATRO - Ergo 4, ergonome consultante senior, évoquant les imperfections de gestion de la maladie par le salarié)

Déjà évoqué précédemment, il s'agit là d'un exemple particulièrement réussi de remise en place du temps alloué au travail et aux récupérations rendues nécessaires par une maladie chronique évolutive : on peut parler de gestion du temps professionnel et du temps alloué à la maladie.

2.1.8. Interactions, risques de disjonctions et/ou disjonction avec la gestion de la maladie (traitements…)

Fréquemment, est notée une interférence entre le travail et l'observance thérapeutique, ayant un impact sur l'assurance du maintien dans l'emploi et bien évidemment sur la santé du salarié concerné. Un tel cas est évoqué lors d'une simulation d'intervention :

J'ai observé des choses qui me posent questions : pourquoi elle ne prend pas son médicament à l'heure? Quand on a du diabète, il faut prendre un traitement à heures fixes, ses repas à heures fixes. Voilà, qu'est ce qu'elle en pense ? Ce ne serait pas des choses à organiser pour que ça se passe bien et qu'elle soit moins fatiguée par la suite ?

(SIMUL - Ergo 13, ergonome de réadaptation senior, se questionnant sur le comportement de la salariée, à l'issue de la phase d'observation)

L'un des points importants dans cette recherche est la prise en charge de sa maladie par le salarié, En effet, il a des exigences aussi fortes que celles d'ordre professionnel pour se soigner. Si l'ergonome ne les prend pas en compte, son maintien dans l'emploi sera fortement mis en jeu. Donc il essaye de les comprendre et de les intégrer au projet sans forcément les formuler explicitement auprès de tous les acteurs : il juge, en concertation avec la personne concernée si cela est nécessaire de le signaler.

L'ergonome doit pouvoir accéder à ces différents registres de difficultés pour comprendre et agir sur le maintien dans l'emploi du salarié, de façon la plus efficace possible. Il ne recherche pas l'exhaustivité. Il ne cherche pas à tout savoir. Son modèle de la maladie et de ses effets est le plus souvent lacunaire. Aussi il cherche à établir une compréhension partagée et co-construite. (cf. schéma d'action THEATRO). Pour cela, l'ergonome aide aussi le salarié à en apprendre encore plus sur lui-même et sur lui-même au travail.

Il faudrait arriver à lui faire comprendre que prendre soin d'elle pas à pas, permettra peut-être de ménager sa monture pour avoir une journée un peu moins fatigante. Une petite pause, par petite pause, peut être générateur de longévité.

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, lors de la phase d'observation)

2.2. Un usage stratégique et non affiché de la recherche de solutions techniques

Au-delà du premier objectif affiché de la recherche de solutions techniques, cela permet de montrer qu'il y a du possible et devient aussi, sans en avoir l'air, un outil de compréhension des situations professionnelle et de santé du salarié.

Rien que par l'observation et sans avoir besoin de questionner, l'ergonome saisit des indices pour comprendre les difficultés de santé ainsi que ses limitations. Par l'essai de nouveaux matériels, l'ergonome interrogé détecte des difficultés non décelées par le questionnement préalable.

CQ - Mais tu as appris des choses sur les difficultés de la salariée aujourd'hui ou pas ?
Ergonome - Je dirais que l'avoir vue a permis quand même de faire des, d'avoir quelques éléments quand même, des hypothèses au niveau de ses doigts.
CQ - Alors quelles sont tes hypothèses ?
Ergonome - Tu as vu, les doigts, elle a du mal à prendre les choses. Le clavier, appuyer sur les touches… Cà, c'est ce qui était intéressant, la voir écrire son numéro de téléphone. Elle a quand même du mal à prendre le crayon.

(SUIVI - Ergo 5, ergonome consultant senior, à l'issue des premiers essais au sein de RECRUTO)

Cette stratégie est particulièrement utile quand le salarié a des difficultés pour parler de son problème de santé. Elle permet de donner de l'assurance au salarié, améliore la connaissance de lui-même par lui-même, de son propre corps, de ses difficultés, comme le démontre ce nouvel extrait issu de la même intervention.

Ergonome - Cette fois, on n'est pas revenu avec des certitudes, on est revenu avec un questionnement, il faut requestionner les équipements, remettre en place des essais pour voir si ça fonctionne.
CQ - Les hésitations de la salariée, est ce que tu qualifies déjà çà d'hésitations par rapport au matériel ?
Ergonome - Là, je n'ai pas ressenti d'hésitations.
CQ - Pas là mais dans les essais précédents ?
Ergonome - Je pense que ça l'a faite murir par rapport à sa capacité de décision parce qu'elle a fait plusieurs essais. Moi, je trouve qu'on a réussi à la mettre à l'aise en lui disant que c'était évident que ce n'est pas à tous les coups qu'on gagne, qu'elle pouvait tester quelque chose, qu'elle pouvait le refuser.

(SUIVI - Ergo 5, ergonome consultant senior, à l'issue des plusieurs phase d'essais et d'un rendez-vous avec les services généraux de RECRUTO)

Toujours dans le souci de redonner une place centrale aux salariés, les essais permettent de matérialiser leur futur, de créer du possible.

Je pense à des améliorations matérielles qui peut être se verront assez vite et là on pourrait, on est assez pragmatique dans notre approche je crois que c'est important aussi d'avancer à travers à la fois des analyses mais aussi des essais, des mises en situation qui permettent aussi de montrer à l'intéressée ce vers quoi on peut aller. Qu'elle puisse mieux se projeter, plutôt que d'attendre une étude et puis ensuite d'attendre un travail sur les solutions avant de se dire « ça va peut-être marcher ». Ça peut permettre aussi de créer une dynamique un peu dans l'intervention, voilà.

(SIMUL - Ergo 2, ergonome consultant senior, lors du premier rendez-vous)

Dans un autre registre, les essais peuvent être l'occasion pour l'ergonome de préciser le statut du salarié dans l'entreprise, comme cela a été le cas dans l'intervention (suivie) au sein de SERVADOM

CQ - Et du coup, lors de ce rendez-vous, est ce que tu as eu des informations complémentaires sur l'histoire de l'entreprise, sur aussi les difficultés du salarié ? Est-ce que ça a complété un peu ta représentation de la situation ?
Ergonome - Je lui ai demandé quel était son statut. Donc il est gérant, gérant majoritaire non rémunéré. Çà, c'était pour les questions après de demande de financements.
(SUIVI SERVADOM - Ergo 4, ergonome consultante senior, suite aux premiers essais)

Ainsi les essais, au-delà de leur premier objectif, la recherche de la solution technique, sont utilisés pour en savoir un peu plus sur le salarié, pour lui redonner un rôle de décideur et deviennent un outil de compréhension de l'histoire du salarié.

2.3. Une temporalité d'action pour l'ergonome liée à la perception par le salarié de sa propre maladie

Malgré le temps limité dédié à l'intervention ergonomique, le consultant tente d'influer sur la représentation que le salarié a de sa maladie et du fait de vivre avec, ou plutôt de travailler avec. L'ergonome a bien conscience de l'évolution possible de la maladie et de la difficulté que cela engendre dans l'acceptation de celle-ci par l'individu concerné, comme le montre cet extrait de simulation :

Le problème d'un maintien dans l'emploi est typiquement dans le format AGEFIPH et encore plus dans le format EPAAST, c'est : on vit une intervention à l'instant T et s'il y a une évolution de la maladie, eh bien on refera une intervention. Ce n'est pas pérenne du tout ; toute la dimension sur laquelle je peux insister, la dimension psychique, la souffrance de la personne, le fait qu'elle admette cette situation ou pas. Là ça va, Mme INA elle est bien mais quand tu as des gens qui ont du mal à parler de ce qu'elles sont capables de faire, ou qui, dès qu'elles parlent de ce qu'elles ne peuvent plus faire, se mettent à pleurer et tout, alors là, c'est dur. […]

C'est super dur, les pathologies chroniques. Et puis quelqu'un qui est en fauteuil, ou qui a un handicap "acquis", ben oui, c'est dur, il faut l'admettre, mais une fois que la personne a fait le deuil, elle se découvre une nouvelle manière de faire, un nouveau mode de vie, elle découvre des choses de nouveau possibles à faire, enfin voilà. […] Mais le problème de la pathologie chronique, c'est que tu n'as pas cette situation là où tu peux te dire : ok, ma situation c'est ça, il faut que je fasse avec, comment je fais ? Et là, non. Aujourd'hui tu marches, demain tu marches avec une canne, après-demain tu n'es pas sûre que tu ne vas pas boiter et peut-être que dans trois jours, tu seras dans un fauteuil. C'est super dur, quoi.

(SIMUL - Ergo 10, Ergonome consultant confirmé, concluant l'entretien de simulation)

Les représentations de la maladie et du handicap peuvent avoir différents niveaux de maturation pour le salarié. L'ergonome va conditionner son action en fonction de sa compréhension de ces représentations : acceptation, rejet, déni…."sont-ils prêts ?". Il est parfois "urgent d'attendre" pour agir, pour que ce travail de représentations fasse son chemin. Dans l'exemple du théâtre qui va guider notre propos, la longueur de l'intervention, 143 jours, va permettre au salarié de " voir les choses autrement"(citation du salarié) à partir des différentes interrogations et des points soulevés par l'ergonome.

L'extraction du schéma d'action présentée ci-dessous permet de voir tous les éléments concernant l'histoire du salarié, relevés par l'ergonome consultant. La perception, la représentation de la maladie (en gras) se retrouvent quasiment à chacune des étapes de l'intervention de l'ergonome.

Figure 29 : L'histoire longue du salarié au travers de l'intervention THEATRO avec verbatim associés, concernant la perception de sa maladie, par le salarié

1ER RENDEZ-VOUS EN ENTREPRISE	*REACTIONS POST 1ER RENDEZ-VOUS*	*POINT AVANT LES OBSERVATIONS*	*SUITE A LA 1ère PHASE D'OBSERVATION*	*ECRITURE DU DIAGNOSTIC*	*PRESENTATION DIAGNOSTIC*	*ENTRETIEN DE SUIVI D'INTERVENTION*
L'ergonome entend les appréhensions du salarié à parler du handicap et surtout du sien. Propose de passer du temps avec lui pour qu'il lui dise ce qui ne va pas. Elle a seulement besoin de connaître les contraintes que représentent ses difficultés de santé par rapport à son activité.	- **Acceptation du handicap en cours** : ce sera la plus grosse partie de l'intervention pour l'ergonome.	**-Inquiétude du salarié mais celui-ci indique qu'il s'en sort quand même** => ce qui a justifie des observations longues. - Effets de la spondylarthrite pour l'ergonome : déplacements compliqués, douleurs articulaires, au dos, altération des capacités à se concentrer. - Le salarié a besoin de sa créativité, d'écrire des textes. Prendre en compte ce qu'il lui plaît. **- Source d'inquiétude pour le salarié et son équipe : l'évolution de la maladie.**	- Le côté artistique passera toujours avant l'aménagement. Il crée la nuit. **- Le salarié prend de plus en plus conscience de ce qu'il ne peut plus faire, ce qu'il faut déléguer aux autres mais a du mal à le faire.** - intensité des difficultés de santé variable suivant les moments, périodes où il est bien limité dans le temps en fonction d'un traitement périodique.	**- Pense que la salarié chemine bien et est prêt à accepter certains aménagements. Mais au niveau organisation, il y a encore du travail.** - L'ergonome se préoccupe de conserver l'activité d'artiste du salarié et sa place dans l'association, ce qu'il apporte. **- le salarié ne respecte pas ses temps de repos, n'a pas de coupures. Besoin qu'un médecin lui dise.**	- l'ergonome est satisfaite du cheminement pour l'aide humaine et de **la progression du salarié par rapport à ses difficultés** et aux aides possibles pour lui.	- Intervention complexe : un travail très diversifié, des tâches pseudo-administratives, plutôt créatrices, trop de mélange entre vie professionnelle et vie privée (mais du rôle de l'ergonome ?). En tant que directeur artistique, le salarié intervenait sur tous les pôles du théâtre. - **Temps d'intervention long (143 jours) a permis au salarié d'accepter un certain nombre de choses par rapport à son handicap. Lui faire prendre conscience de ce qu'il ne peut plus faire ou pas faire de la même façon.** - un point important : la passion du salarié pour son travail et cette personne est l'âme du théâtre. **- intervention intéressante par rapport à l'approche de l'acceptation du handicap.**

1ER RENDEZ-VOUS EN ENTREPRISE	*REACTIONS POST 1ER RENDEZ-VOUS*	*POINT AVANT LES OBSERVATIONS*	*SUITE A LA 1ère PHASE D'OBSERVATION*	*ECRITURE DU DIAGNOSTIC*	*PRESENTATION DIAGNOSTIC*	*ENTRETIEN DE SUIVI D'INTERVENTION*
Salarié : Mais depuis il en a parlé, il a vu quelqu'un de type psychologue. Et maintenant il se pose la question à lui-même **s'il n'a pas refusé par rapport à l'acceptation de son handicap**. Il indique : "C'est très connu pour les gens qui deviennent handicapés du jour au lendemain, ils ne peuvent pas accepter leur handicap." L'ergonome et le salarié conviennent de cela. Ergonome : "çà veut dire que là, **on va regarder un petit peu tout.** Aujourd'hui c'est une prise de contact. **Çà veut dire que vous, vous êtes aussi prêt à avoir des aides techniques ?"**	Ergonome. Alors, j'ai senti surtout que **çà recentrait surtout l'intervention sur autre chose**, par rapport à la demande initiale qui a été faite par le Sameth. Et évidemment, que j'irais voir ce qui se passe en cuisine mais je pense que le travail le plus important, c'est peut-être de le convaincre, enfin **le convaincre, de l'aider à accepter d'avoir une autre forme d'organisation qui soit peut-être, qui lui permette de quand même continuer à travailler** parce qu'à mon avis, il va être coincé assez rapidement.	*L'ergonome donne une première description de l'observation :* Bon, on a essayé d'aborder un peu tous les points au niveau de l'organisation, des aménagements techniques, des choses comme ça. Il y a une chose qui est claire, c'est que le côté artistique passera toujours avant l'aménagement, que ce soit au niveau organisationnel ou technique. Donc on a… En fait, **il prend de plus en plus conscience de ce qu'il ne peut plus faire, ce qu'il faut qu'il délègue aux autres.** Il a beaucoup de mal à déléguer. Et donc il veut être un peu partout, sur tous les fronts. Et il y a des moments où il a du mal. Voilà. CQ : La dernière fois, tu m'avais dit ça, que surtout l'intervention, ça serait au niveau de l'acceptation du handicap. Tu sens que tu as pu parvenir à quelque chose, à échanger avec…? Ergonome : En tout cas, il en parle pas… enfin… **il en parle mieux. Il dit toujours qu'il a du mal à s'y faire.** Mais, moi, c'était vraiment… Pour lui, le fait de pouvoir réécrire, c'est très important et ça lui donne vraiment… Enfin… il a vraiment envie d'aller dans cette direction-là. Et je pense qu'il arriverait en tout cas à supporter ça s'il a cette possibilité-là.	Ergonome : Je pense que, lui, il chemine bien. Ça avance. **Il est prêt à accepter un certain nombre d'aménagements.** Donc les essais, ils ont permis ça, parce qu'il a vu que ce n'était pas du matériel très…enfin… surtout… très orienté handicap, donc, et que **ça lui redonnait la possibilité de faire des choses comme tout le monde...** en tout cas, ce qu'il aime, l'écriture, lui. Par contre, tout ce qui est la partie organisationnelle, tout ça, je pense qu'il y a encore du boulot. Et les questions que j'avais abordées par rapport aux arrêts-maladie, j'en avais pas parlé avec lui directement. Je l'ai évoqué avec l'administrateur. Je l'ai mis dans le diag'. À mon avis, c'est un truc qui va le heurter un petit peu. Je ne lui en ai pas parlé directement parce que je ne voulais pas qu'il m'interdise de l'écrire. C'est pas très déontologique, mais, si tu veux, **je pense qu'il faut quand même poser la question à un moment ou à un autre**	ERGONOME : Oui. Alors, après, j'ai essayé de voir un petit peu les relations qu'il y avait avec le public, voir la façon dont ça va se dérouler. C'est pareil, c'est pas forcément un temps que vous prenez pour vous asseoir alors qu'en fait, vous passez pas mal de temps avec eux, à discuter, échanger, etc. Et est-ce qu'il y a quelque chose qui pourrait être fait ? De s'asseoir avec eux ? SALARIÉ : Oui, je commence, là. **Je commence** à prendre place à table. **J'ai remarqué que, ces derniers temps**, là, s'il y a pas de place ici, je les déplace. Je leur dis : « On va se déplacer parce que j'ai besoin de m'asseoir. » […] Et **je commence à communiquer comme ça** avec les gens, d'où je suis, comme ça. Là, comme ça, comme ça… Et c'est récent, tout ça. C'est vraiment nouveau dans mon comportement. **Et puis il y a aussi que je ne voulais pas accepter mon handicap.** C'est psychologique. Et F. (l'administrateur) m'aide beaucoup à mettre ça dans ma tête : « Tu es handicapé, M. CLOUNI, tu es handicapé. » Le premier jour, je le prenais très mal. Je veux pas. Je veux pas… Moi, j'ai une carte prioritaire, je l'utilise pas. Je commence à peine à l'utiliser.	

Les extraits (ci-dessus), issus des observations et des entretiens réalisés avec l'ergonome en charge de l'intervention du théâtre (lors du suivi de son intervention) permettent de voir l'évolution de la représentation du salarié sur son handicap, sa maladie, ses possibilités. Cela a abouti pour le salarié à une autre organisation du travail envisageable tenant compte de ses difficultés

L'ergonome dans cette situation utilise plusieurs stratégies pour faire évoluer la représentation du handicap chez le salarié principalement mais aussi dans l'entreprise.

Sa première stratégie est de démontrer que la situation est soluble. L'ergonome commence par des solutions "simples", surtout factuelles, palpables pour chacun des acteurs : l'essai de solutions techniques. Par des essais de ces solutions, elle lui montre qu'il lui est encore possible de faire certaines choses comme écrire. Pour ce salarié, directeur artistique, l'écriture est un point névralgique ; la création, c'est ce qu'il aime. L'ergonome utilise donc ce point comme fil conducteur qui permettra d'aboutir à l'acceptation du handicap.

Au cours de l'intervention l'ergonome ne cesse d'oser aborder des sujets qui ne l'étaient pas, comme la mise en arrêts de travail du salarié lors des crises (jamais effectuée) ou encore le fait de se laisser aider par ses collègues. Elle ose le faire, s'appuie sur une personne ressource, l'administrateur du théâtre, qui est à même de convaincre le salarié, de "lui faire passer des messages".

Prendre le temps, échanger à plusieurs reprises avec le salarié, les collègues, sa hiérarchie, essayer des solutions techniques pour donner du possible et développer de la confiance, oser débattre sur des sujets inabordés précédemment sont autant de moyens utilisés par l'ergonome pour aller vers l'acceptation du handicap et de vivre avec. L'empathie n'est pas suffisante, l'action visant à permettre à l'entreprise de créer une "autre" organisation est nécessaire pour aboutir à une situation de maintien dans l'emploi viable sur le long terme.

2.4. Synthèse conclusive

L'ergonome, pour intervenir, ne peut se suffire des restrictions émises par le médecin du travail. Il va questionner la situation du salarié, son histoire au travers d'un diagnostic progressif comportant différents niveaux. Les deux interlocuteurs privilégiés de l'ergonome sont bien évidemment le salarié et le médecin du travail, avec tout ce qu'implique le secret médical en termes de discrétion et de non-dits. La visibilité de la maladie facilite ce diagnostic et les échanges. Dans ce diagnostic, il y a ce qui influence directement la vie du salarié, son travail, son évolution professionnelle et personnelle mais aussi la vie de l'entreprise.

Comme pour l'épisode IME, l'ergonome examine l'antériorité de la maladie et bien évidemment les risques d'évolution pouvant avoir un impact sur le maintien dans l'emploi.

L'ergonome cherche souvent à savoir si les difficultés du salarié sont liées directement à la maladie ou à la pénibilité du travail effectué. Pour cela il va finalement rechercher des références de normalité auprès des collègues, en observant si ces derniers parviennent aisément ou non à réaliser l'activité confiée.

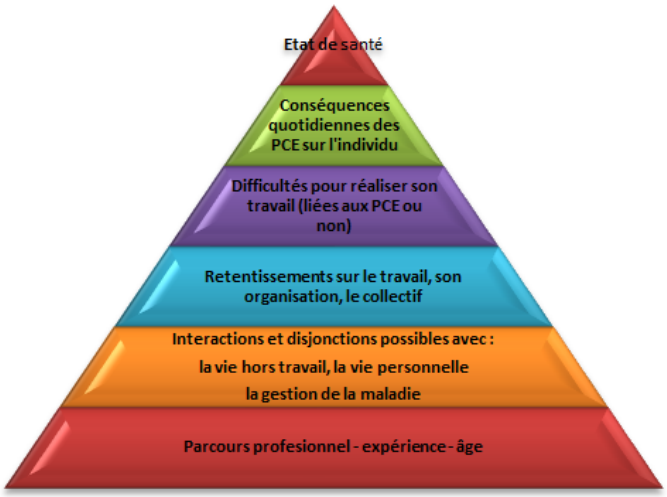


Figure 30 : Diagnostic progressif de l'histoire longue du salarié par l'ergonome

S'intéresser au parcours professionnel du salarié malade chronique permet de comprendre le positionnement du salarié dans l'entreprise : ses compétences acquises, son intégration, ses capacités d'adaptation mais aussi son devenir vis-à-vis des possibilités d'évolution de l'entreprise ou la proximité de la retraite.

L'ergonome prend en compte le temps exclusivement dédié à la maladie. En effet le salarié malade chronique devient un "professionnel de sa maladie" avec une gestion plus ou moins complexe des traitements, des rendez-vous médicaux qu'il doit coordonner avec ses exigences de professionnel dans l'entreprise. Le maintien dans l'emploi peut être mis en péril si l'on occulte ces aspects. De même la situation familiale, la situation financière peuvent interagir avec le maintien dans l'emploi, notamment en cas d'une nécessité de diminution du temps de travail.

Les connaissances qu'il cumule au travers de ce diagnostic progressif, résumé par la figure ci-dessus, ne sont pas forcément exhaustives et peuvent être empreintes de subjectivité. Néanmoins cette compréhension est partagée et co-construite de façon à être la plus fidèle possible. Mais recueillir toutes ces informations pour l'ergonome n'est pas chose aisée. Pour cela, il utilise plusieurs moyens dits subtils avec une orientation stratégique. Par exemple, avec la recherche de solutions techniques, il va saisir tous les indices possibles, lors des essais, pour comprendre les difficultés de santé et les limitations du salarié. Toujours par cette recherche d'aides techniques l'ergonome matérialise du possible, donc du futur et cherche à redonner le rôle central de décideur au salarié vis-à-vis de son maintien dans l'emploi.

En effet par son intervention l'ergonome tente de faire évoluer la représentation du handicap, de la maladie du salarié pour concevoir une autre organisation permettant d'obtenir une situation de maintien dans l'emploi viable sur le long terme.

3. Avoir prise sur l'histoire de l'entreprise : prise en compte de ses projets et de ses limites.

Lorsque l'on interroge plusieurs ergonomes sur une même situation, des questionnements communs émergent. Par rapport à l'entreprise, ses questionnements semblent davantage partir de la situation de la salariée ou du moins sont toujours en rapport. Le contexte de l'intervention et surtout de la demande d'intervention conditionnent inévitablement l'approche de l'ergonome. En effet, il est souvent demandé en urgence pour la situation d'un individu en particulier. Du fait de ses conditions d'intervention et des exigences (fréquentes) d'urgence pour le maintien dans l'emploi du salarié, il doit comprendre très rapidement le fonctionnement et l'organisation de l'entreprise. En apparence, il va au strict nécessaire. Ce n'est qu'une apparence. Mais il saisit le climat, au travers des questionnements d'indices "glanés" au fil de l'intervention. Il va même jusqu'à se préoccuper de la viabilité de l'entreprise le cas échéant.

Au cours des entretiens de simulation, une première lecture laisse penser que l'ergonome se préoccupe essentiellement des éléments en lien avec la salariée concernée.

3.1. Une approche subjective de l'entreprise

Les ergonomes cherchent à avoir des éléments sur le milieu dans lequel évolue le salarié (ou la salariée), son ambiance. Ils précisent quelles sont les personnes avec qui elle est en interaction. C'est d'ailleurs l'un de leurs premiers questionnements, bien avant même les premiers contacts dans l'entreprise. Cela rejoint la notion de "milieu d'évolution" de la salariée. On se rend d'ores et déjà compte que les ergonomes questionnent l'histoire de l'entreprise à travers le prisme de la salariée. Un moyen original de première prise d'informations sur l'entreprise, son fonctionnement actuel est évoqué par un jeune ergonome :

J'aime bien aussi aller rapidement sur Internet pour voir l'entreprise. Si je peux avoir des informations par rapport à celle-ci, sur la capacité de l'entreprise, sur les activités qui sont proposées à l'intérieur.

(SIMUL - Ergo 9, ergonome junior à la lecture de la demande d'intervention)

Ce même ergonome s'en sert pour l'approche initiale, déjà évoquée.

Voir les personnes avec qui la personne pourrait être en interaction. Je dirais pour avoir déjà une première représentation du milieu dans lequel évolue la salariée. C'est rapide.

(SIMUL - Ergo 9, ergonome junior à la lecture de la demande d'intervention)

L'ambiance de l'entreprise peut être interrogée auprès du médecin du travail, souvent détenteur d'une connaissance sur l'évolution de l'entreprise.

Quel est le contexte de l'entreprise ? Comment se passe l'ambiance ? Quelle est l'ambiance dans l'entreprise ? Les gens sont plutôt contents de venir travailler ? Sur l'ensemble des salariés ? Vous avez d'autres personnes qui sont en difficulté ?

(SIMUL - Ergo 13, ergonome de réadaptation senior, s'adressant au médecin du travail lors d'un premier contact téléphonique)

Pour apprécier l'environnement dans lequel évolue le salarié, l'ergonome peut utiliser les connaissances d'acteurs internes et externes à l'entreprise, soit de manière formelle : entretiens et réunions programmés ou de manière plus informelle (pause-café), selon le temps dont il dispose. Néanmoins, comme le souligne l'ergonome cité, la connaissance de l'entreprise n'est jamais immédiate.

Après, c'est comme tout contact avec une entreprise au départ. Les infos, on ne les a pas au premier coup de téléphone. C'est aussi un moyen de pomper un peu l'ambiance, de voir comment on est accueilli. Parfois les gens sont tellement aimables, mais en fait, c'est juste pour calmer, parce qu'ils n'en ont rien à faire, comme celui que j'ai eu la semaine dernière.

(SIMUL - Ergo 11, ergonome consultante junior, faisant référence à sa jeune expérience professionnelle)

Ce que confirme un autre intervenant, ici, ergonome de réadaptation senior.

Quand je peux, j'essaye d'y aller plusieurs fois. Tous les moments informels qui sont possibles, j'essaye de les saisir, de parler avec tous ceux qui sont prêts à en discuter, à sentir vraiment les choses. La position de la personne dans l'entreprise et puis, les marges de manœuvre qui peuvent exister parce qu'il y a des choses qui ne sont pas forcément dites tout de suite, tu découvres des fois que "ha ben oui, mais vous savez dans deux mois cela ne sera plus comme ça! Ah oui pourquoi on ne m'en a jamais parlé" et bien voilà…et donc ce que nous sommes en train de faire, dans deux mois il faudra tout recommencer, cela ne sera plus d'actualité. Eh bien, maintenant que vous le dites... Et cela ce n'est pas que les gens n'ont pas envie de te le dire, c'est qu'ils n'y pensent pas.

(SIMUL - Ergo 13, ergonome de réadaptation senior, explicitant son approche de l'intervention en entreprise)

Dans cet extrait, apparaissent les projets à venir de l'entreprise, dont l'ergonome n'a pas connaissance spontanément ou lors des premiers échanges. Il apparait qu'il peut en avoir connaissance mais plutôt de façon inopinée, au détour d'une conversation. Cet extrait démontre que l'ergonome, par son expérience, a l'habitude de ces "surprises" : les différentes parties-prenantes de l'intervention sont souvent ancrées dans le présent et ne pensent pas à évoquer l'avenir de l'entreprise avec l'ergonome, considéré comme un "expert avec une action ponctuelle". Donc l'ergonome cherche à provoquer cette "conversation", en allant plusieurs fois dans l'entreprise : il crée ainsi des opportunités pour les différentes parties-prenantes de "se confier".

3.2. De la structure organisationnelle d'une entreprise à l'organisation du travail

3.2.1. De la structure organisationnelle d'une entreprise : Les liens fonctionnels et hiérarchiques

Dès les premières interactions, l'ergonome explore l'histoire de l'entreprise du plus général au plus spécifique : le fonctionnement global, l'organisation de l'entreprise et celle du

service où travaille le salarié concerné. Contraint par ses conditions d'intervention, l'ergonome va dans un premier temps à l'essentiel. Il regarde la position du salarié dans l'entreprise : dans quelle équipe travaille-t-il ? Avec qui ? Qui sont ses supérieurs, les preneurs de décisions vis-à-vis de sa situation ? Ses relations de travail ? Quelle est sa place au sein de l'organigramme ? Sa présence dans l'entreprise a-t-elle un caractère indispensable ?

Bien évidemment, parmi les premiers questionnements de l'ergonome apparaissent ceux concernant le fonctionnement global de l'établissement. D'une manière qui s'avère systématique, l'ergonome demande une présentation initiale de son établissement au chef d'entreprise. Dans cette présentation seront demandés les enjeux de l'entreprise, le mode de fonctionnement, des données sur le personnel, voire ses projets. Seul un ergonome sur les 14 interrogés (dans la simulation) questionne explicitement "l'existence de transformations récentes du travail " (ergo 14, ergonome de réadaptation expérimenté). Il questionne également la possibilité de dispositifs mis en place dans l'entreprise tels qu'un plan senior. Un autre ergonome va même jusqu'à demander des documents administratifs, en élargissant sa compréhension de l'entreprise, au-delà du positionnement de la salariée impliquée.

Voilà. J'aurai également demandé à l'entreprise un certain nombre de documents. Elle m'a donné la fiche de poste, je lui demande les plans et les étages si elle les a, je lui demande les fiches de poste des AS et des autres personnes, et s'il y a des déclarations d'accidents, des déclarations de maladie professionnelle, enfin des choses qui vont me permettre un peu d'étudier, par rapport au collectif, s'il peut supporter des répartitions autres des tâches, voilà.

(SIMUL - ergo 10, ergonome consultant junior, à l'issue des différents échanges et rendez-vous, avant la phase d'observation)

L'ergonome cherche à en savoir plus sur l'organisation. Il investigue la logique de l'organisation du travail, des choix effectués pour cette organisation au travers de questionnements adressés à la salariée. Dans cet extrait on note également la question de l'évolution possible de l'organisation du travail :

Ergonome questionnant la salariée - D'accord et donc au niveau de l'équipe, çà se passe comment ? C'est une logique de travailler par étage ? C'est quelque chose qui est demandé ? Vous souhaitez continuer comme ça ?

(SIMUL - Ergo 8, ergonome consultante senior, interrogeant la salariée lors du premier rendez-vous en entreprise)

3.2.2. La définition des tâches et la question de qualité

Plus précisément, l'ergonome se soucie de la répartition des tâches dans l'entreprise, notamment dans le service où travaille le salarié pour lequel il intervient. Cette répartition est souvent l'objet de négociation pour l'ergonome, pour la modifier, visant fréquemment la réduction de la charge de travail de la salariée. Mais des précautions sont exprimées : "ce

n'est pas pour attribuer les tâches les plus pénibles à une collègue" (Simul - Ergo 7). Au-delà de l'attribution des tâches, l'ergonome veille à respecter le rôle de chaque acteur, de chaque professionnel.

Par rapport aux réfections de lits. Ce qui est bizarre, tu vois, c'est l'entraide, elle est plus facile quand c'est des gens qui font la même chose, qui occupent la même fonction. Là, ça veut dire que…, en plus l'aide-soignante c'est une personne plus qualifiée, donc forcément que les aides-soignantes fassent le boulot de l'agent hôtelier, forcément que ça ne se passe pas très bien. C'est ça qui me pose problème.

(SIMUL, Ergo 3, ergonome consultante confirmée, à l'issue des observations)

S'ajoute à cela la question de la qualité, de la qualité attendue et de la qualité déterminée comme correcte par les salariés réalisant le travail. L'ergonome reste vigilant et attentif au risque de sur-qualité impliquant de la pénibilité. Par cela, il va examiner la prescription du travail.

C'est la question de la qualité. Est-ce que je ne suis pas en sur-qualité ? Enfin, qu'est-ce qu'on me demande ? Parce que souvent dans les métiers de la propreté on a souvent ça. C'est que les salariés sont dans une recherche de qualité que n'attend pas forcément, enfin j'allais dire le client ou l'établissement, l'institution dans laquelle ils sont. […] Et ça, c'est facteur de pénibilité énorme. C'est ce que tu disais sur les WC, c'est ce que tu disais sur, comment je regarde que c'est propre. Donc y'a en même temps une valorisation parce que c'est propre, on attend ça, on a besoin de faire du bon travail, mais peut-être que là, y'a, il faut retrouver le bon niveau, enfin le curseur entre ce qu'on attend de soi et ce qu'attend l'établissement, parce que moi, j'ai été très étonné dans ce secteur-là, et ça, c'est un facteur énorme de sur-pénibilité, enfin de pénibilité.

(SIMUL - ergo 12, ergonome consultant senior, au cours d'un premier diagnostic de la situation, suite aux observations)

Mais l'ergonome ne s'arrête pas à cette seule compréhension, il compte bien agir pour mettre en débat cette qualité, ce qui est acceptable ou non :

Il y a à mon avis aussi, dans le cadre du groupe de travail (alors ça, ce ne sera pas institutionnel) mais une mise en débat de la qualité attendue. Mme INA dit qu'il faut passer trois lingettes sur la table de la salle à manger. Peut-être, j'en sais rien, il faut juste que le débat soit à l'ordre du jour. Est-ce qu'on juge que, avec deux lingettes seulement, le résultat est acceptable ? Oui ? Non ? Si oui, désormais ça sera la nouvelle norme de propreté qui sera entérinée par la direction. [….]Donc il y a des questions de sens qu'il faut mettre en débat parce que sinon, ce n'est pas jouable.

(SIMUL - ergo 10, ergonome consultant confirmé, concluant son entretien de simulation)

3.2.3. Travailler avec les décideurs :

Comprendre la structure organisationnelle, aborder la qualité de travail amène l'ergonome à détecter qui sont les décideurs dans l'entreprise pour que l'action soit possible et

effectivement réalisée. L'ergonome est bien conscient qu'il est de passage et qu'il doit convaincre l'entreprise pour que l'Action (action concernant le maintien dans l'emploi au sens large) se poursuive, comme l'illustre cet extrait.

C'est l'entreprise qui, elle, va décider dans tous les cas de la mise en œuvre ou pas de cette démarche, déjà, de mon intervention et de la mise en place ensuite des dispositifs qui ont été identifiés. Comme c'est l'entreprise, c'est elle qui a toutes les clés en main pour faire ça, c'est elle qui va décider si oui ou non.

(SIMUL - ergo 9, ergonome consultant junior, précisant les modalités d'acceptation de la démarche d'intervention par l'entreprise)

Par son intervention, l'ergonome va tenter de reconfigurer la structure de réflexion de l'entreprise vis-à-vis du maintien dans l'emploi et plus spécifiquement celui du salarié concerné. Il essayer de lui léguer une sorte de méthodologie ou des réflexes, tout le long de l'intervention, au travers des différentes étapes. Se donner du temps pour réfléchir et en donner aux différentes parties prenantes est un des points essentiels de cette structure de réflexion. Ainsi, lors du suivi THEATRO, l'ergonome laisse volontairement du temps à l'entreprise pour s'approprier les propositions de solutions :

Ergonome (extrait pour autoconfrontation) : « Mais, pour moi, la solution, elle est plus sur l'organisationnel. Donc, toujours la même chose. C'est la dernière partie qui est la plus courte, mais qui mérite vraiment qu'on ait quelqu'un qui puisse nous donner des réponses. Pour l'instant, je sais qu'il n'est pas prêt. Voilà. Donc ça va venir. J'ai envoyé aussi le diag²' suffisamment à l'avance pour qu'ils aient le temps d'en prendre connaissance et d'y réfléchir. Je sais que, du coup, Monsieur DILON (administrateur) va prendre le relais. Voilà. Donc c'était plutôt ça, parce qu'il y a beaucoup de… Ce n'est pas qu'un travail, en fait. C'est sa passion, sa raison de vivre. Et il y a mis beaucoup d'âme dans tout ça. Donc tu ne peux pas tout balayer effectivement en proposant que quelqu'un vienne l'aider, le remplacer, machin. »

C.Q. : Voilà. Je voulais qu'on rediscute un peu du fait que tu as envoyé le diag' en avance. Est-ce que tu le fais tout le temps ? Ou, là, c'est bien spécifique à cette intervention ?

Ergonome : Non, je le fais pas tout le temps ; d'abord, parce que je n'ai pas toujours le temps. Et donc ça, c'est une des raisons.

Et la seconde, c'est… En général, je fais en sorte qu'ils aient le temps de le lire. Donc, en fonction du fonctionnement de l'entreprise, etc., j'essaie de faire en sorte de prendre en compte les possibilités de relecture des participants pour qu'ils en aient pris connaissance. Et puis ça dépend de la complexité du diag'. Des fois, ça ne nécessite pas que ça soit vraiment relu. Là, oui, tout ce qui était organisationnel, je sentais que ça allait un petit peu les…en tout cas, les interpeller. Toute la partie « essais » ou… même, pas ce qui avait été essayé, mais j'avais fait des observations. Donc j'avais discuté avec des solutions, etc. C'était validé de fait. A priori, ça n'allait pas être un problème. Donc c'était pas ça qui me posait des difficultés,

c'était de savoir comment j'allais aborder – mais, là, tu vois, ça m'intéressait de réentendre ça – sur le côté de passion de M. CLOUNI parce que, c'est vrai, ce n'est pas que son travail.

(SUIVI - THEATRO, Ergo 4, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi)

La structure de réflexion a pour objectif de faire passer des messages à l'entreprise, aux décideurs : se laisser la possibilité d'agir, de réfléchir, de s'ouvrir à des possibles au-delà des barrières instituées par la représentation de la maladie, du handicap, les impératifs gestionnaires et organisationnels. Ne pas seulement penser le salarié comme un acteur qui ne peut pas mais comme un travailleur qui peut, une ressource. Cela rejoint le diagnostic précédemment évoqué. Par cela, l'entreprise peut acquérir une méthodologie, un mode de questionnements de la situation ou des réflexes pour l'avenir. Par cette structure de réflexion, l'ergonome veut aussi donner à l'entreprise une capacité à repenser les choses plus tard comme le montre cet exemple recueilli lors du suivi d'intervention au sein de l'entreprise RECRUTO.

[…] Il y a aussi le changement, le fait que les gens ont besoin d'accepter qu'on leur montre qu'un possible est là, dans le sens que, moi, je ressens beaucoup, que des gens n'osent pas se dire que « je pourrais peut-être voir si je peux pas mettre mon écran plus haut, plus bas parce qu'il est fixe, il est stable, donc je peux pas le changer de place ». Et, par notre intervention, on leur montre qu'on ouvre des marges de manœuvre. Donc on leur ouvre la possibilité de repenser un peu les choses et, après, qu'ils soient d'accord que les choses se fixent un jour, parce qu'on va pas toujours être en mouvement et en train de se poser des questions, à toujours vouloir modifier les choses, mais que, une fois par an ou par le fait que l'activité change, qu'on se met à traiter plus de dossiers ou de l'archivage, je sais pas quoi, eh bien, que les gens soient capables d'être eux-mêmes forces de proposition pour leur propre poste, qu'il y ait une variabilité…

(SUIVI -RECRUTO, Ergo 5, ergonome consultant senior, en entretien de fin de suivi répondant à la question : *quels sont les critères de qualité d'une intervention réussie ?****)***

L'ergonome ne se contente pas de reconfigurer cette structure de réflexion au moment de son intervention ; il cherche à léguer une forme de savoir combiner des registres divers.

3.3. L'équipe de travail : de l'effectif au collectif de travail

Quand l'ergonome intervient dans le cadre du maintien dans l'emploi, il tente de "rentrer dans la vie de l'entreprise". Aussi il se constitue, de prime abord, une vision globale des effectifs pour dimensionner l'entreprise. Puis il examine assez précisément les effectifs, les liens fonctionnels, l'organisation des équipes jusqu'à appréhender le collectif de travail et le travail collectif.

Les premiers questionnements sur l'effectif sont illustrés par cet extrait de simulation.

J'ai compris que vous accueillez 27 enfants dans cet établissement, je voulais savoir un petit peu comment s'organisait la partie entre les soins directement liés aux enfants ? Et puis les relations qu'il peut y avoir avec les personnes qui ont des activités connexes ? Donc en lien aussi avec les enfants que ce soit au niveau de la cuisine ou de la lingerie ou du ménage. Combien de personnes ça concerne ? Combien il y a de salariés dans l'établissement ? Des choses comme ça.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, débutant le premier rendez-vous en entreprise)

L'ergonome questionne également la politique d'embauche, les restructurations possibles et passées et plus spécifiquement par rapport à la situation du salarié concerné, la pérennité des remplacements. Dans la simulation, ces questionnements rejoignent la situation de la salariée, dans l'impulsion d'action avec un souci de pérennité.

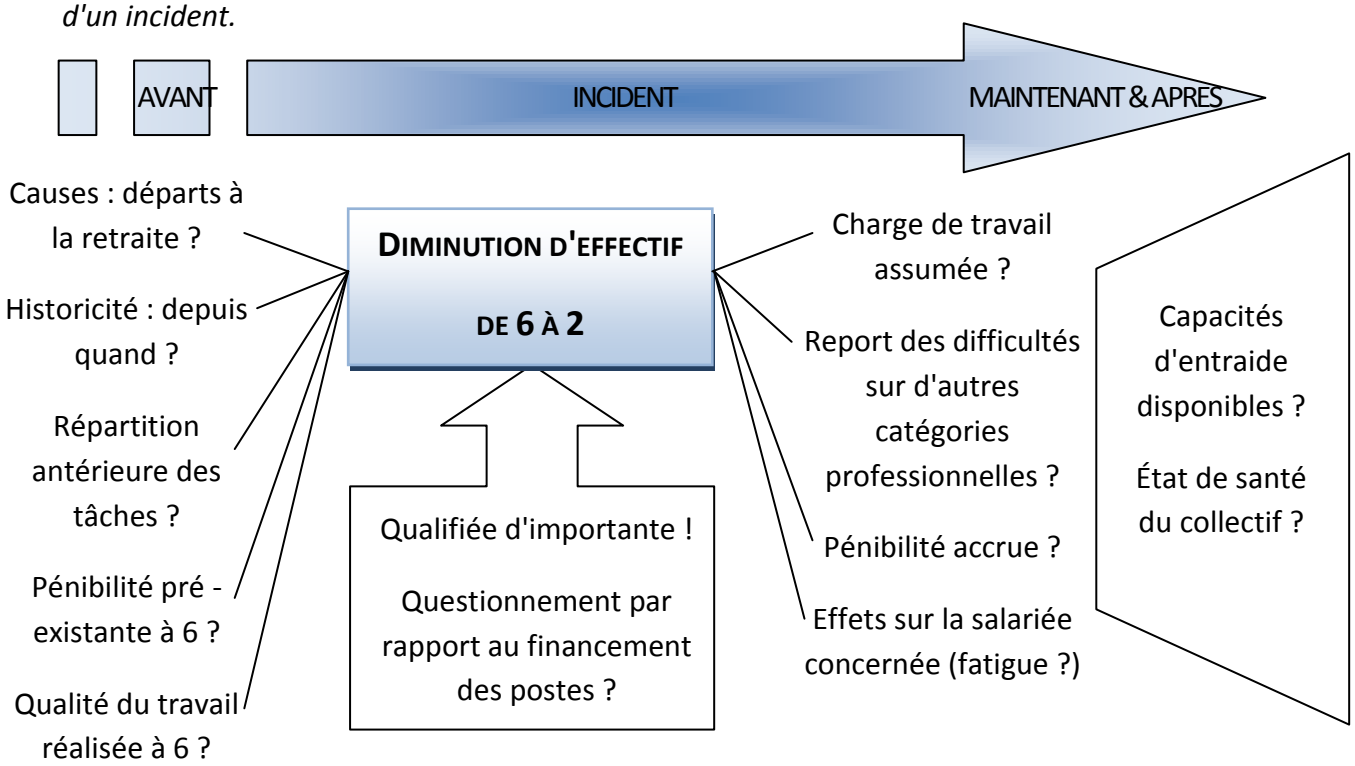
Mais par contre, on pourrait obtenir une réduction de son temps de travail ? Réduction, ça veut dire qu'il y aura toujours une personne en CDD alors, c'est ça ?

(SIMUL - Ergo 7, Ergonome consultant junior, quand le directrice lui indique que la gestion des effectifs dépend des dotations budgétaires)

En effet, réduire le temps de travail d'un salarié ou réduire l'effectif peut avoir un effet significatif sur le collectif de travail, sur l'entreprise.

Nous allons examiner ce point à partir d'un incident qui a soulevé l'intérêt de tous les ergonomes interrogés au cours de la simulation d'intervention. A partir de cet incident, les ergonomes explorent d'autres aspects de l'histoire de l'entreprise. L'incident relevé par les ergonomes concerne la diminution d'effectif radicale (de 6 à 2 agents) liée aux départs en retraite dans le service où travaille la salariée concernée. Les ergonomes cherchent à comprendre l'impact de la diminution de ces effectifs mais aussi l'histoire de cette diminution d'effectif fait l'objet de toute leur attention. Le schéma suivant illustre le raisonnement possible des ergonomes, leurs investigations à partir d'un élément de l'histoire de l'entreprise.

Figure 31 : Domaines d'interrogations, sur l'histoire de l'entreprise, des ergonomes à partir d'un incident.



Il est intéressant de voir qu'à partir de cet incident qui suscite l'étonnement de l'ergonome, ce dernier établit des déductions, des hypothèses concernant l'histoire passée, actuelle et future de l'entreprise. Les ergonomes cherchent à la fois à connaitre l'état avant "réduction d'effectif" mais aussi les conséquences que cela a eu sur le niveau de pénibilité, la charge de travail, le fonctionnement de l'équipe de travail, sur la qualité du travail. Ils recherchent des données objectives mais aussi subjectives : jugements, ressentis…. Ils vont même jusqu'à chercher à comprendre le financement de postes dans cette entreprise.

CQ (SALARIÉE). Oui, le sous-sol n'est pratiquement pas fait, c'est vrai. Parce qu'en plus il y a le plateau technique pour les kinés, il y a la thalassothérapie, enfin il y a une piscine pour pouvoir avec les kinés et les rééducateurs et c'est vrai que là c'est très compliqué pour nous de le faire.
Ergonome. Mais pourquoi c'est compliqué, par manque de personnel ou… ?
CQ (SALARIÉE). Oui, donc c'est vrai que c'est quelque chose qui n'est pas fait ou très peu fait.
Ergonome. D'accord et avant quand il y avait un peu plus de monde qui est-ce qui le faisait ?
CQ (SALARIÉE). C'étaient les agents.
Ergonome. D'accord, ça se passait comment ? C'était considéré comment, comme difficile, c'était quoi ? […]
Ergonome. D'accord, parce que vous, vous dépendez donc de la Sécurité Sociale, est-ce que c'est elle qui finance les postes ?

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, questionnant la salariée)

CQ (SALARIÉE). Je pense que cela n'est pas fait assez souvent. Quand Sophie vient de passer c'est propre. Mais après vous vous rendez compte. Je crois qu'elle passe 1 à 2 fois par semaine.
Ergonome. Avant cela était fait quand ?

CQ (SALARIÉE). Avant, quand on était plus nombreux, cela était mieux fait,
Ergonome. Quand vous étiez plus que 2 alors.
CQ (SALARIÉE). Oui.
Ergonome. Cela fait longtemps que vous n'êtes plus que 2 ?
CQ (SALARIÉE). 2-3 ans.
Ergonome. Depuis que vous n'êtes plus que 2 cela est beaucoup moins bien fait ?
CQ (SALARIÉE). Au niveau des étages oui, mais pas des sous-sols,
Ergonome. Les étages cela va mais pas les sous-sols, çà va pas. Et qu'est ce qu'ils disent les éducateurs ?
CQ (SALARIÉE). Ils en ont un peu marre, parce qu'ils trouvent que cela n'est pas très propre pour les enfants, ça râle un peu, mais nous on ne peut rien faire.
Ergonome. Ils vous disent quelque chose, les kinés ?
CQ (SALARIÉE). Ils nous en parlent.
Ergonome. Ils ne vous demandent pas de venir le faire ?
CQ (SALARIÉE).. Moi, je ne peux pas en tout cas. On ne peut pas faire tout, on ne peut pas faire en haut. Déjà que j'ai du mal à faire le premier étage.

(SIMUL - Ergo 13, ergonome de réadaptation senior, questionnant la salariée)

Ergonome. : Et c'est depuis quand qu'il y a eu cette réduction d'effectif ?
CQ (Chargée SAMETH). Je n'ai pas de données, de dates. Je sais que maintenant ils sont 2.
Ergonome. : Il y a combien d'étages ? Vous le savez ça ?
CQ (Chargée SAMETH). 2 !
Ergonome. : D'accord ! Donc, il y a eu une augmentation de la charge de travail assez importante ?

(SIMUL - Ergo 11 - ergonome consultante junior, dès le premier contact téléphonique avec le SAMETH)

Par cette compréhension des conséquences de cette réduction, les ergonomes interrogés ont un autre objectif : définir les capacités d'entraide disponibles pour la salariée concernée.

Oui. OK. Donc, ils peuvent l'aider mais ça reporte un peu les difficultés sur les AS, quoi. Au niveau de l'évolution des effectifs, est-ce que les AS ont aussi subi des réductions ?
Parce que ce qui avait été évoqué, c'est le fait qu'il y ait une réduction des effectifs
Oui et donc forcément, ça reporte une partie de la charge sur les autres, et puis il y a une difficulté que j'entrevois là, c'est qu'il n'y a pas d'entraide possible, pas de répartition possible, alors Mme INA fait son étage toute seule.

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, s'adressant au médecin du travail)

Pour que l'entraide soit possible, l'ergonome questionne également la santé du collectif de travail :

Donc moi, j'avais noté : c'est chacun à son étage, donc du fait c'est isolé. Du coup, qui coupe les capacités d'entraide. Et les entraides sont d'autant plus importantes, qu'on voit que finalement, là, on intervient pour une personne, mais que probablement, c'est pour ça que moi, je disais, il faudrait que, je ne sais pas si ça a été dit lors de l'entretien, mais de savoir quels étaient les problèmes de santé des autres.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, énonçant son diagnostic de la situation à l'issue de la phase d'observation)

La santé des collègues est examinée au travers des questionnements suivants : savoir si d'autres professionnels sont touchés par des troubles similaires, s'il y a de la fatigabilité…

-SUITE- Parce que ça veut peut-être dire que les autres sont touchés, quoi. Donc, ils ne disent rien pour le moment, mais finalement on peut penser, même s'ils n'ont pas la maladie chronique évolutive qu'elle a, elle, mais on peut penser qu'ils souffrent des mêmes symptômes de fatigabilité, puisqu'en plus les problèmes de santé sont connus et que même la, comment dire… ? La responsable, même si elle a une attitude peu aidante, elle convient que c'est dur.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, énonçant son diagnostic de la situation à l'issue de la phase d'observation)

Les questionnements s'effectuent au niveau du médecin du travail, seul détenteur des connaissances médicales, concernant le collectif de travail :

Je voulais vous demander aussi, si au niveau des autres collègues, il y a une cinquantaine, soixante de personnes, est-ce que vous avez des signalements, des choses à me dire par rapport à leur état de santé ?

(SIMUL - Ergo 11, ergonome consultante junior, questionnant le médecin du travail)

A partir d'un incident, telle la diminution d'effectif, l'ergonome fait des associations entre la pénibilité, la charge de travail, la santé du collectif et les possibilités d'entraide dans le collectif, et entre le collectif et la salariée concernée.

3.4. Des dimensions moyen-long terme, les possibilités de l'entreprise : état financier, projets, politique handicap.

3.4.1. A la recherche de leviers d'actions existants ou par les projets ?

L'ergonome recherche des leviers, des opportunités d'action dans l'entreprise, en interne. Il se penche sur les ressources internes, notamment les services achat, maintenance. Le moment et la façon d'aborder ces ressources sont réfléchis par l'ergonome, comme le montre cet extrait de simulation.

Je dirai sûrement : peut-être que j'aurai à un moment ou à un autre besoin de parler avec les gens de la maintenance. Oui, oui. Informellement, j'irai les voir pour leur dire : ***voilà, quel type de solution vous voyez ?*** *(Tu sais, c'est ce que je suis allé piocher dans la Littérature).* ***Est-ce que ça, vous pourriez le lui aménager ? Oui ? Non ? Pourquoi ?*** *Ça oui, on peut le faire, ça on sait faire, ah ben ça on avait essayé mais ça n'avait pas marché. Voilà, tu vois un peu aussi avec les gens qui sont en charge de la réalisation technique et que tu sais qu'ils vont, derrière, avoir leur mot à dire. Déjà, en amont, tu déblayes le terrain de manière à ce que, quand on demandera à ces gens là, ils ne puissent pas te dire : ah non, mais ça, on ne peut pas, tout simplement parce que peut-être qu'ils pourraient mais ils se sont sentis évincés*

de la question, alors qu'il était légitime qu'ils puissent y répondre, et comme on ne les a pas associés, hé bien, ils t'envoient promener !

(SIMUL - Ergo 10, ergonome consultant confirmé, présentant sa démarche d'intervention)

Toujours pour une question d'efficience, avec cette approche subtile, il intègre ces acteurs, totalement extérieurs à la situation dans le processus de réflexion et de constructions de solutions. Il recrute de nouveau acteurs au sein de l'entreprise, utiles pour le projet visant le maintien dans l'emploi d'un salarié.

Au-delà de l'exploitation des ressources internes, l'ergonome s'intègre dans les projets de l'entreprise : il cherche toutes formes de projets ou d'évolutions possibles, les saisit, rebondit dessus pour agir pour le salarié concerné.

J'étais en train de me dire ce qui serait intéressant, ce serait d'avoir un entretien avec la Directrice, seule, après la première observation. La directrice ou la directrice adjointe, ça va dépendre si j'envisage des solutions un peu particulières… ça serait intéressant de savoir s'il y avait des projets en interne de restructuration, de choses comme ça, qui ne peuvent pas être débattus là à cette première réunion. Je ne sais pas moi, refaire des locaux…

(SIMUL - Ergo 11, ergonome consultante junior, requestionnant et complétant sa démarche, en aparté, au cours du premier rendez-vous en entreprise)

L'existence de projets dans l'entreprise peut constituer un terrain favorable d'intervention pour l'ergonome. En effet à ce moment-là, l'entreprise envisage des changements, y réfléchit donc est plus attentive à écouter l'ergonome, ces propositions pouvant se coupler avec ses impératifs de changement actuel. Le changement n'est plus à engager par l'ergonome, il est pour partie déjà en cours. À ce moment, l'ergonome a pour rôle d'orienter l'entreprise. C'est ce que montre cet extrait, issu du suivi d'intervention THEATRO.

ERGONOME : C'est très agréable pour moi. Non, mais c'est vrai parce qu'il y a des gens… des entreprises qui sont plus fermées dans un schéma qui n'est pas négociable.
Monsieur DILON (Administrateur du théâtre) : Ensuite, vous avez eu de la chance de passer à un moment où, nous, on était en restructuration ici avec beaucoup de travaux d'équipements. Donc on avait à se poser ces questions. Donc, pour nous, c'est pilepoil, l'organisation… Voilà.
ERGONOME : Non, mais c'est vrai que, du coup, c'est beaucoup plus collaboratif, en fait. C'est ce qui est intéressant aussi.

(SUIVI - THEATRO, Ergo 4 ergonome consultante senior, lors de la présentation du diagnostic, analysant conjointement avec l'administrateur, leur collaboration au cours de l'intervention)

3.4.2. Le travail avec les missions handicap

L'entreprise peut avoir d'ores et déjà une politique engagée pour le handicap, cela se traduit par l'existence d'une mission handicap interne à cette dernière. L'existence d'une mission handicap dans l'entreprise relève de son histoire longue mais l'action de cette mission

handicap pour un cas donné intervient alors dans l'épisode IME. Aussi, l'ergonome doit prendre en compte les stratégies de prise en charge du handicap dans l'entreprise mais aussi le fonctionnement propre de ce service, qui a ses habitudes et son propre mode opératoire pour examiner et traiter les situations de handicap dans l'entreprise. Il n'est pas forcément évident pour l'ergonome d'appréhender rapidement toutes les subtilités de ce fonctionnement.

Dans ce cadre, l'intervention de l'ergonome est fortement liée à l'intervention du chargé de mission handicap ou correspondant handicap (la dénomination de cette fonction est différente suivant les entreprises.). Pour preuve, dans le suivi d'intervention réalisée au sein du service "espaces verts d'une mairie", l'ergonome est sollicitée par la correspondante handicap de la mission handicap, qui devient son interlocuteur privilégié, en tant que "gestionnaire" du dossier. L'ergonome prend appui sur la mission handicap, économise son action, du fait d'une action bien engagée. La fin de l'intervention est déterminée d'une part, par son contexte d'intervention (fin du délai de 6 mois), d'autre part, par l'absence non programmée de la correspondante handicap. L'ergonome fait le choix d'arrêter l'intervention en connaissance de cause car elle considère que la situation peut être maintenant gérée en interne, que l'entreprise peut prendre le rôle le relais.

C.Q. : Dans cette intervention, est-ce que tu as fait tout ce que tu aurais aimé faire ?
Ergonome : Oui. Parce que j'ai eu le temps de faire mes entretiens. J'ai eu le temps de faire mes observations. Voilà, je pense que c'est le cas pour les études qu'on fait actuellement. Après, effectivement, il y a toujours le problème des arrêts-maladie. C'est surtout ce qui pose problème quand les salariés sont absents ou… Problème de… alors, là… Marine HERSO était absente… Comment…? Elle était en congé mat'. Je pense que… De toute façon, elle m'avait dit au téléphone qu'on ne la reverrait plus. Le médecin avait des problèmes de disponibilité. Alors c'est vrai que, comme il y avait les délais des six mois, c'était un peu compliqué. Mais, pour moi, il n'y avait pas d'intérêt de relancer une EPAAST, qu'on refasse un diag' après, quand le médecin était là, etc.
C.Q. : Mais ça t'a freiné un peu dans ton action que ces deux acteurs, qui sont quand même importants, ne soient pas présents physiquement ?
Ergonome : Non, dans la mesure où c'était déjà une piste de solution qui avait été exposée au médecin et à Marine HERO. Ç'aurait été qu'une idée qui serait sortie comme ça et quelque chose qui n'aurait pas été exprimé, oui, ça m'aurait posé souci. Je pense qu'on se serait pas arrêtés au diag'. Mais là, ça a fait partie de mes observations. Ç'avait été évoqué par Marine HERO … enfin… en tout cas, elle parlait de tâches qu'il ne faisait plus, je crois. Donc, voilà… Et puis ça respectait les restrictions du médecin, donc…

CQ : Avec du recul, comment qualifies-tu cette intervention ? Sans complexité particulière, complexe ? Assez complexe, très très complexe ? Et quels sont pour toi les critères de l'origine de cette complexité, si complexité il y a ?

Voilà, complexité aussi, c'était que Marine HERO partait en congé mat' et que, du coup, elle était un petit peu… Je pense que le dossier aurait été plus compliqué si, justement, on était allés au-delà du diag' parce qu'après, il y a pas eu de successeur pour Marine, pour le poste de Marine en tout cas… Là, elle vient juste d'arriver il y a quelques mois. Ç'aurait été un peu compliqué, d'ailleurs, parce qu'après, s'il avait fallu gérer tout le dossier FIPHFP, etc. C'est elle qui s'en charge et ç'aurait été un peu compliqué.

(SUIVI - JARDINO, Ergo 6, ergonome consultante confirmée, lors de l'entretien de fin de suivi)

La connaissance de la mission handicap, de son fonctionnement interfère néanmoins sur l'action de l'ergonome, l'intervention de l'ergonome. Dans l'intervention suivie au sein de RECRUTO, l'intervention de la chargée mission handicap a provoqué pour partie une mauvaise définition des rôles, un masquage des interlocuteurs indispensables pour faire avancer l'intervention et l'Action globale pour le maintien dans l'emploi. La responsable d'agence s'est reposée sur la chargée mission handicap, et en conséquence, ne s'est pas du tout investie dans la situation de sa salariée.

Ce qui a plutôt compliqué les choses et complexifié les choses, c'est la non-présence des interlocuteurs qu'il fallait au moment où il fallait, c'est-à-dire la responsable d'agence n'a pas compris du tout le rôle qu'elle avait de coordonner un petit peu les gens, les forces vives internes, aussi bien les achats que les techniciens, que l'entreprise à laquelle ils font appel habituellement puisqu'ils ont passé un accord. […] Donc on se retrouve à complexifier les intervenants et chacun a envie de donner plus que ce qu'il y a à faire selon leurs champs d'action, leurs domaines d'action, leurs domaines de compétence, leurs domaines d'intervention dans l'entreprise ; parce qu'ils sont peut-être plus compétents et chacun peut-être sur d'autres choses.[…] Et je sais que RECRUTO a trop bordé les choses et a pas compris qu'ils avaient besoin de fournisseurs spécifiques pour les problèmes qu'ils avaient
[…]
Et aussi une méconnaissance de ce que l'on apportait, nous, dans le sens que, pour un dossier comme ça, je trouve qu'au premier rendez-vous, aurait dû être présente, par exemple, Mme Val qui, visiblement, est l'interlocutrice par rapport aux achats et qui, plusieurs fois, a voulu avoir des réponses claires (« Est-ce qu'on achète ci ? Est-ce qu'on achète ça ? »). Sans du tout comprendre qu'on était dans la période test et non dans la période d'achats.

(SUIVI - RECRUTO, Ergo 5, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi)

Les marges de manœuvre de l'ergonome ont ainsi été réduites, du fait d'une stratégie d'action non commune à celle de la chargée de mission handicap.

3.4.3. Les possibilités financières de l'entreprise

Dans le contexte du maintien dans l'emploi, les ergonomes investiguent aussi les possibilités financières de l'entreprise dans l'optique des futurs aménagements techniques. Les

questions budgétaires sont soulevées mais aussi les investissements souhaités ou envisagés. Cela oriente l'ergonome dans la formulation de ses propositions.

C'est aussi pour savoir quels moyens peuvent être débloqués, des choses comme ça. Et puis, parfois, une association n'a pas le même état d'esprit, parfois, que l'entreprise. L'entreprise est censée avoir un but un peu plus lucratif.

(SIMUL - Ergo 11, ergonome consultante junior, à la lecture de la demande d'intervention)

Là si tu veux c'est plus un recueil si tu veux du contexte de l'entreprise concernée, et puis, recueil du contexte et des premières données sur l'activité. Et contexte aussi peut-être pas au premier appel mais par la suite, oui, ça c'est par la suite demander, poser des questions sur le contexte financier pour savoir justement aux niveaux des aménagements, jusqu'où on peut aller et puis, ça ce sont des questions à poser en présence du Sameth parce que c'est lui qui est financier là-dessus, mais déjà voir s'il y a des difficultés ou des choses comme cela.

(SIMUL - Ergo 1, ergonome consultante junior, à la lecture de la demande d'intervention)

Voilà, l'achat du matériel et le renouvellement du matériel, c'est ça que je cherchais, et que, elle puisse nous donner ses marges de manœuvre. Est-ce que là, il y a un peu de budget, ou c'est prévu d'ici 6 mois, cela permettra de pouvoir… Et puis elle a sûrement aussi des revendeurs qui sont intéressants à contacter.

(SIMUL - Ergo 5, ergonome consultant senior, lors du premier rendez-vous en entreprise)

On fera une réunion avec nous tous et le SAMETH. Parce qu'il n'est pas venu. Mais il va venir là. Pour voir ce que l'on peut mettre en place, avec évidement les contraintes financières que vous pouvez avoir et puis après on recherchera les solutions.

(SIMUL - Ergo 4, ergonome consultante senior, à la fin du premier rendez-vous en entreprise)

Ainsi l'ergonome se préoccupe de la santé financière de l'entreprise, en général, de sa survie….

3.4.4. Le bon fonctionnement de l'entreprise, source de préoccupation de l'ergonome

Même si cela semble moins visible, l'attention de l'ergonome n'est pas uniquement centrée sur le salarié pour lequel il intervient. La performance, son bon fonctionnement et la survie de l'entreprise, préoccupe l'ergonome.

Lors de l'intervention au sein de THEATRO, l'ergonome cherche différents moyens de maintenir un fonctionnement viable, malgré les difficultés de santé du directeur artistique et financières de l'association. Même si cela n'apparaît pas explicitement sur le schéma d'action pour THEATRO ci-joint [56], la préoccupation de l'ergonome concernant la

[56] En annexe libre.

performance et la survie de l'entreprise soucie l'ergonome tout au long de son intervention. L'implication de l'ergonome et le dépassement de sa fenêtre d'intervention précédemment exposé dans la partie 1.3. démontrent cette préoccupation. Au cours de son intervention, l'ergonome soulève la fragilité économique de l'entreprise mais aussi son investissement maximal pour maintenir en emploi le salarié concerné.

Déjà, à la suite de la première phase d'observation, elle sait qu'elle va devoir tenir compte de la situation financière limitée pour proposer des solutions techniques mais aussi organisationnelles.

Je voudrais enclencher assez vite une réunion de diag, qui sera peut-être même de finalisation quasiment. Les solutions techniques, ce sera des roulettes sous les tables et les chaises pour qu'il puisse les déplacer. Là-haut, les essais, je pense qu'il n'y aura pas de problème. On va surtout rechercher les problèmes de financement parce qu'ils n'ont pas un centime. C'est plutôt çà, voir cette histoire d'arrêt maladie.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, après la phase d'observation)

A la suite des essais, l'ergonome soulève la question de la prise en charge de l'AGEFIPH et les possibilités de négociations vis-à-vis de cela au profit de l'entreprise.

CQ - En fait, quand tu as construit le diag', il y a des choses sur lesquelles tu es plus sûre et d'autres où tu le mets quand même pour la suite…
Ergonome : Pour la suite, oui. Il y a des choses qui se feront, qui ne posent pas de problème, qui ont déjà été plus ou moins actées et qui se feront. Après, il y a un problème financier parce que je pense qu'ils n'ont quand même pas beaucoup d'argent, donc il faut vraiment qu'il y ait une bonne prise en charge AGEFIPH, mais je pense que ça, ça peut encore se négocier.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, à la suite des essais)

Les possibilités d'action semblent limitées par les contraintes budgétaires de l'entreprise. Néanmoins l'ergonome salue l'implication de l'entreprise, par l'embauche de salariés pouvant aider le directeur artistique. Mais elle se rend bien compte qu'ils arrivent au bout de leurs possibilités. C'est pour cette raison qu'elle a abordé, mis en avant plusieurs aides dépassant son champ d'action, telles que l'invalidité, l'aide humaine et la reconnaissance de la lourdeur du handicap, toujours pour contribuer à un meilleur fonctionnement de l'établissement.

Et puis, voilà, après, je pense qu'il y a eu des éléments par rapport à l'organisation de l'activité, sachant que c'est une association. Alors c'était aussi limité sur les possibilités financières, on va dire.
[…]
Là, dans les propositions organisationnelles qu'on évoquait, ça parlait beaucoup d'aide extérieure. J'avais un peu peur que ça passe pas, par rapport à lui parce qu'il était quand même dans un truc où il voulait être très autonome et ne devoir rien à personne. Et, en

même temps, je pensais que l'assoc' avait quand même besoin d'un petit coup de pouce, parce qu'ils ont fait déjà beaucoup d'efforts. Ils avaient quand même embauché quelqu'un pour lui… enfin… pas totalement pour lui, mais aussi pour l'aider, etc. Et donc, à mon avis, ils arrivaient au bout de leurs possibilités avec les moyens du bord qu'ils avaient. Donc je pense qu'il fallait aussi trouver une solution qui puisse aider l'assoc'… enfin… le théâtre à maintenir… parce qu'ils ne vont pas le virer. Je veux dire, c'est l'âme du théâtre, ce mec.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

3.5. Synthèse conclusive

Les conditions d'interventions de l'ergonome avec des impératifs de délais influencent l'investigation de l'histoire de l'entreprise par ce dernier. Il doit saisir et comprendre très rapidement le fonctionnement et l'organisation de l'entreprise, son climat. Le climat, l'ambiance de l'entreprise font partie des premiers questionnements de l'ergonome intervenant car cela lui permet d'appréhender le milieu dans lequel évolue le salarié malade chronique. Mais la compréhension de l'entreprise est moins superficielle que n'auraient pu le laisser craindre les conditions d'intervention : elle permet à l'ergonome de « s'insérer » dans cette entité, dans son histoire, et dans sa réflexion en lien avec le maintien dans l'emploi.

L'ergonome investigue les liens fonctionnels et hiérarchiques de l'entreprise, la logique de l'organisation du travail, la répartition des tâches dans l'entreprise, et, la notion de qualité effectuée et attendue. Il peut mettre en débat cette dernière. Son attention se porte vraiment sur les décideurs et sur le fait de les convaincre puisqu'il sait qu'il est de passage. Il va donc essayer de reconfigurer la structure de réflexion de l'entreprise vis-à-vis du maintien dans l'emploi.

En ce qui concerne l'équipe de travail, il progresse de données très quantitatives (effectifs) à des investigations plus qualitatives portant sur l'organisation du collectif de travail, les notions de charges de travail, de report des difficultés, les capacités d'entraides voire même l'état de santé du collectif de travail. Il cherche à savoir comment était, comment évolue et comment évoluera le collectif de travail et le travail collectif.

Pour connaître les possibilités de l'entreprise, il lui est nécessaire d'examiner les dimensions de long terme tels que :

- l'état financier, pour connaître les possibilités d'aménagements
- les projets, sur lesquels il va pouvoir rebondir ou non pour le maintien dans l'emploi,
- le fonctionnement des missions handicap dans lesquelles (si elles existent) il doit s'intégrer au mieux.

Enfin l'ergonome se soucie du bon fonctionnement de l'entreprise, de sa viabilité indépendamment du maintien dans l'emploi.

4. Le maintien dans l'emploi, un carrefour temporel à négocier par l'ergonome

Les dimensions temporelles ne peuvent être prises indépendamment, l'ergonome les combine donc pour affiner sa compréhension de la situation, pour agir et intégrer son action dans l'Action globale. Il identifie le point où les dimensions temporelles se séparent ou risquent de se séparer.

4.1. Le souci des dyschronies pour les ergonomes

Déjà avec les simulations d'intervention, au travers de leurs questionnements, les ergonomes mettent en relation différentes temporalités entre elles et font émerger des incohérences, des disjonctions de temporalités, des dyschronies. C'est leur compréhension des temporalités et les indices glanés sur ces dernières qui permettent de les faire émerger. L'existence de ces dernières peut en effet faire craindre une inefficacité de l'Action globale du maintien dans l'emploi.

Il a ainsi été noté une incohérence entre une réduction d'effectif et une demande de maintien dans l'emploi dans l'intervention servant de base pour les entretiens de simulation d'intervention. A partir de ceci, deux ergonomes relèvent des disjonctions possibles entre l'histoire de l'entreprise et l'histoire du salarié, d'une part et l'histoire de l'entreprise ou l'épisode IME d'autre part.

D'une part, Ergo 10 se préoccupe du maintien de la performance collective, se demande comment le travail peut être réalisé avec cette diminution d'effectif couplée à l'arrêt de travail de la salariée concernée. Apparait ici un risque de disjonction de temporalités en l'histoire de l'entreprise et celle du salarié.

Donc elle a été en arrêt un certain temps mais préalablement à ça, enfin j'ai cru comprendre que le foyer où elle travaillait a vu ses effectifs relativement diminuer ?

(SIMUL - Ergo 10, ergonome confirmé, s'adressant à la Directrice)

D'autre part, Ergo 4 se questionne sur la possibilité pour une entreprise de "tout faire" pour le maintien dans l'emploi d'une salariée, sur sa volonté de la garder dans un contexte de réduction d'effectif. Elle remet clairement en question la capacité d'investissement humain et financier réalisables par l'entreprise, étant donné son histoire récente.

Ergonome : Je reprends le coup de fil avec le Sameth, juste par rapport à Madame Ina, l'entreprise se positionne comment, elle a envie de la garder, de ne pas la garder ?
CQ : Pour l'entreprise apparemment c'est difficile mais il y a quand même une volonté de garder Madame Ina. Il y a des facteurs qui font qu'il faut que cette dame travaille de toute façon.
Ergonome : D'accord, donc ils sont d'accord pour l'étude ? Même pour le financement de l'aménagement ?

CQ : Oui, sachant qu'ils n'ont pas non plus des budgets extensibles par rapport au fait qu'ils dépendent de l'assurance maladie, ils sont rattachés à l'assurance maladie, c'est surtout au niveau effectif pour eux que c'est compliqué parce qu'ils ont des attributions d'effectif.
Ergonome : Ah bon, quand on voit la réduction d'effectif qu'il y a eu, on peut quand même se poser des questions
(SIMUL - Ergo 4, Ergonome consultante senior, terminant d'interroger la chargée SAMETH)

Ainsi, l'ergonome suspecte les dyschronies, les identifie mais surtout essaye d'agir sur elles avant qu'elles ne s'actualisent.

Les propositions de l'ergonome peuvent être limitées par les interactions entre l'histoire de l'entreprise (en orange) et l'histoire de la salariée (en bleu), suspectées comme incompatibles. Il s'agit de créer des compromis acceptables rapprochant ces deux histoires. Par cet extrait de simulation d'intervention, l'ergonome démontre la nécessité de s'intéresser aussi précisément que possible à l'histoire de la salariée, en lien avec son état de santé, ses aspirations et sa situation financière.

Ergonome - Elle a des soins réguliers, régulièrement, cette femme ? C'est compliqué de te répondre, là, sans y être dedans. J'essaye mais c'est pas simple à la fin. Parce qu'après c'est de la négociation, entre elle, les revenus qu'elle veut avoir, le statut qu'elle a, l'organisation du travail, quelles sont les contraintes de cette organisation là ? Il faut que ce soit nettoyé tous les jours ? Si elle ne le fait pas, qui le fait ? Enfin toujours les mêmes questions.
CQ - DIRECTION - Ça doit être nettoyé régulièrement.
Ergonome - Donc, si elle n'est pas là un jour ce n'est pas très grave. Voilà, très bien si on peut s'adapter à ses contraintes extérieures au travail, c'est bien. Eh bien, voilà. Non mais il faut bien connaître les contraintes qu'elle a effectivement en termes de santé, si elle a des soins réguliers. Bien sûr que l'on ne va pas conseiller qu'elle soit dans l'entreprise alors qu'elle devrait être à l'hôpital, c'est sûr.
(SIMUL - Ergo 14, Ergonome de réadaptation senior, à la recherche de solutions, en conclusion de l'entretien de simulation)

4.2. Des dyschronies à la combinaison des temps

Au-delà d'identifier et de s'intéresser aux différentes dimensions temporelles et à des manques de synchronies entre elles, l'ergonome se cherche des moyens de combiner ces différentes dimensions temporelles dans l'intérêt de l'Action globale pour le maintien dans l'emploi. Le suivi de l'intervention THEATRO servira notre argumentation. Dans un premier temps, il y est possible d'identifier des dyschronies qualifiées de visibles, facilement identifiables :

- **Entre l'histoire de l'entreprise et l'épisode IME, influençant ainsi la fenêtre d'intervention** : une demande d'intervention, formulée par la chargée SAMETH, ciblée sur l'aménagement du poste administratif et de la cuisine alors que le projet de la cuisine est tellement avancé que l'entreprise va réaliser les travaux de manière imminente, alors

même que l'intervention ergonomique vient juste de débuter. L'histoire de l'entreprise avance ainsi beaucoup plus vite que l'épisode " intervention maintien dans l'emploi". Cela démontre que la chargée SAMETH ne disposait pas d'une information de la situation, suffisamment récente, au moment d'enclencher l'intervention. L'ergonome choisit alors "d'attraper le train en marche", de rattraper une certaine forme de retard dans la démarche avec des conseils issus de son expérience accumulée au cours de son parcours antérieur, sans pouvoir analyser précisément l'activité. Il préfère ne pas retarder l'entreprise dans ces projets mais plutôt saisir la dynamique de changement. Il en profite pour réorienter l'intervention plutôt sur l'organisationnel, du fait de l'existence d'une autre dyschronie sous-jacente que nous évoquerons ultérieurement.

- **Entre l'épisode IME et la fenêtre d'intervention** : Le médecin du travail du travail s'avère partie prenante dans la situation du salarié puis disparait et devient injoignable. L'ergonome apprendra au cours de l'intervention qu'il a été sollicité spécifiquement pour la situation du salarié. Au fil de l'intervention, on peut constater que l'absence du médecin du travail et les conséquences de cette absence sur l'épisode IME préoccupent l'ergonome. Tout au long de l'intervention il cherche à l'intégrer à la réflexion ou au moins à le faire participer. Lors de la réunion présentant le diagnostic, il cherche à connaître les interactions et le travail antérieur effectués par le médecin du travail avec le chargé SAMETH et le salarié. Même si cela ne fonctionne pas, à la fin de l'intervention il trouve le moyen de le réintégrer dans la boucle. De fait, une fois son rapport remis, l'ergonome explique à l'entreprise qu'ils doivent s'adresser au médecin du travail pour la validation écrite des aménagements, mais aussi à la chargée SAMETH pour les aspects relatifs au montage du dossier AGEFIPH, notamment pour la prise en charge. C'est une façon pour lui de réintégrer à l'Action ce médecin du travail non participant.
  Pour pallier ce manque, il recherche d'autres ressources humaines, plus actives avec l'administrateur et la chargée SAMETH.
- Mais la dyschronie antérieurement évoquée, la plus insidieuse et masquée, se situe **entre l'histoire du salarié et l'histoire de l'entreprise**. Ces deux histoires sont étroitement liées : le directeur artistique est à l'origine de la création du théâtre. Pourtant ces deux histoires sont sur le point de se disjoindre : l'organisation du travail collectif est conditionnée par la santé du salarié et la mauvaise perception de ses capacités par le salarié met en péril le fonctionnement de l'entreprise, voire même sa survie. Ceci est aggravé par sa volonté de ne pas déléguer et son désir de tout gérer. Or à certains moments, en fonction de l'évolution de sa maladie, il ne peut plus assurer ses tâches comme les fermetures. Ceci met l'entreprise dans des situations de crise, où il faut trouver des remplacements en urgence, des solutions qui ne s'avèrent pas toujours fiables et viables. Le refus catégorique d'être aidé, à tout niveau, émis par le salarié "handicape" l'entreprise.
  L'inquiétude individuelle (salarié lui-même) et collective (équipe, responsable) sur l'évolution possible de la maladie du salarié appuie cette dyschronie.

Des investissements humains et financiers pour aider le salarié, dans un contexte de fragilité économique pré-existant pour l'entreprise, rendent périlleux le fonctionnement de l'entreprise. L'entreprise arrive au bout de ses possibilités pour soutenir ce salarié, acteur pourtant "principal".

Pour travailler sur ces dyschronies, tenter de les réduire et faire se retrouver les dimensions temporelles, il faut savoir qu'à chaque étape de l'intervention ergonomique, toutes les temporalités, étudiées indépendamment précédemment (fenêtre d'intervention, épisode IME, histoire du salarié, histoire de l'entreprise), sont présentes, reliées entres elles, explicitées les unes par rapport aux autres par l'ergonome, comme le montre le suivi d'intervention THEATRO, avec le schéma d'action et le tableau des entrants et sortants de l'intervention.

Ce tableau des entrants, sortants de l'intervention et moyens utilisés par l'ergonome, situé pages 282 à 289, nous permet par le codage couleur des dimensions temporelles, d'identifier d'une part, les combinaisons nécessaires mises en œuvre par l'ergonome, en fonction des entrants qu'il détecte, d'autre part, des objectifs qu'il cherche à atteindre relevant eux aussi des différentes dimensions temporelles.

Rappel du codage couleur :

- Fenêtre de l'intervention de l'ergonome
- **Épisode "Intervention maintien dans l'emploi"**
- **Histoire longue de la salariée**
- **Histoire longue de l'entreprise**

Pour une ligne, avec un sujet particulier, par exemple, le refus d'être aidé et la volonté de rester autonome, de tout maîtriser pour le salarié, l'ergonome compte utiliser un levier relavant de l'épisode IME, l'aide humaine qui relève elle-même de plusieurs hypothèses issues des 3 autres dimensions temporelles (épisode IME et les deux histoires longues). Activer ce levier se fait avec des objectifs, portant sur l'histoire longue du salarié et l'histoire longue de l'entreprise. Ceci n'est qu'un exemple, parmi les 19 entrants identifiés par l'ergonome, illustrant les combinaisons nécessaires, à tout niveau de l'intervention, des dimensions temporelles entre elles pour la recherche de solution pérenne, contribuant au maintien dans l'emploi de ce salarié.

A l'occasion de cette intervention nous allons pouvoir examiner comment l'ergonome essaye de donner le même mouvement aux temporalités. Il tente de les investir, de les démêler, de réduire la complexité induite qui se constitue au fil du temps. Il cherche à donner une cohérence entre des cadres temporels de différents niveaux.

Dans cette intervention, le souci constant de l'ergonome est de faire se retrouver l'histoire du salarié et l'histoire de l'entreprise, plus particulièrement celle du collectif de travail.

Pour l'entreprise, l'ergonome veut permettre un fonctionnement ultérieur efficace, efficient, pérenne, fiable et bien entendu sa survie, d'un point de vue financier et fonctionnel. Pour le salarié, elle travaille à une acceptation du handicap pour lui permettre de travailler maintenant et dans l'avenir en "santé", c'est-à-dire qu'il puisse travailler malgré les problèmes de santé plus ou moins fluctuants, avec une acceptation d'être aidé suivant ses besoins. Elle vise à lui permettre de travailler en surmontant les crises par les aménagements organisationnels prévus lors de l'intervention ou suggérés au terme de celle-ci en fonction des besoins. Permettre le remplacement, l'aide du salarié lors des épisodes douloureux le limitant fortement dans la réalisation de son travail, a été la préoccupation première de l'ergonome. Elle a dû déployer une batterie de stratagèmes pour parvenir à convaincre l'entreprise mais plus encore le salarié concerné :

- La recherche de compensations financières pour permettre au salarié de diminuer son temps de travail.
- La définition d'une aide humaine pour l'aider dans des tâches très précises, plutôt administratives, ne prenant pas le pas sur des activités caractérisant son identité professionnelle.
- L'officialisation des arrêts de travail, permettant ainsi à l'entreprise de financer des remplacements.
- La mise en place de solutions techniques pour soulager certaines tâches difficiles pour le salarié, lui permettant de se réapproprier des activités plus investies.
- Ce recentrage sur le cœur de son métier, la création, l'écriture laissant ainsi champ libre au reste de l'équipe pour réaliser le travail qu'il ne peut plus faire.

Ces deux derniers points semblent plus du ressort de l'intervention ergonomique au sens strict, alors que les trois premiers points relèvent de l'épisode IME, mais tous ont le même objectif : agir de façon couplée sur l'histoire du salarié et celle de l'entreprise. En fait, par cela, elle s'introduit dans le fonctionnement de l'entreprise. Elle ose remettre en question, et ce dès le départ, un mode de fonctionnement discordant. Elle effectue une sorte d'arbitrage sur cette situation qui s'est complexifiée au fil des mois et des années. Cet arbitrage se caractérise aussi par une tentative de faire la part entre la vie privée et la vie professionnelle du salarié (cf. Tableau des entrants et sortants de l'intervention). Elle essaie de redonner de la cohérence à ce qu'elle nomme "ce bazar". Pour arriver à ce résultat, elle a dû remettre en question un fonctionnement qui ne peut perdurer, ni pour l'entreprise ni pour le salarié, comme des représentations et des fermetures rendues difficiles par l'absence imprévue du directeur artistique, compensée par des remplacements de dernière minute par du personnel moins qualifié (des bénévoles). De telles difficultés retentissent sur la performance de l'entreprise et son propre état de santé. Le fonctionnement de l'entreprise est mis en péril par une gestion de la santé du salarié "inadéquate", surtout dictée par le subjectif et par l'affect.

Ainsi, tout au long de l'intervention, elle va évoquer ses propositions d'aménagements organisationnels (notamment ceux concernant l'aide humaine et la prise des arrêts de

travail) par petites touches, à chaque rendez-vous, pas forcément avec le salarié mais plutôt avec l'administrateur dans l'entreprise et en dehors avec la chargée SAMETH. Elle va construire progressivement et collectivement ces solutions pour les rendre acceptables aux yeux du salarié. Elle choisit les moments où elle les aborde avec chacun. Elle utilise et sollicite ces acteurs pour convaincre toujours l'administrateur (qui est identifié comme un levier important dans l'intervention) et la chargée SAMETH, le médecin du travail étant toujours absent.

Mais pour cela, des précautions verbales et d'écriture ont été mises en œuvre par l'ergonome, comme l'illustre un exemple relevé lors de la réunion de présentation du diagnostic, où tous les acteurs sont présents :

Et donc, après, on avait évoqué quelques points plus liés à l'organisation. On a évoqué certains liés au financement d'une aide humaine. On en a parlé. Donc je sais que ce n'était pas… Vous n'étiez pas spécialement favorable à la présence d'une personne qui était… En plus, la prestation n'était pas renouvelable après un an. Mais on y avait pensé, du coup, un peu autrement avec Monsieur DILON en se demandant si cette personne-là pouvait pas aussi être là dans un temps qui serait limité – de toute façon, un temps limité, c'est limité – pour faire, je dirais, tout ce qui est partie rangement, etc., au niveau des papiers, pour vous aider, pour pouvoir que… et remettre un petit peu, je veux dire en état.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de la réunion de présentation du diagnostic après avoir échangé, débattu et fait validé les aménagements d'ordre techniques)

Le diagnostic, la présentation de ce diagnostic s'avère être un moment clé de combinaison des dimensions temporelles par l'ergonome. C'est un moment de dénouement pour permettre aux temporalités de se rejoindre. C'est aussi le moment de validation des hypothèses. C'est à ce moment que le salarié a validé un certain nombre de propositions et qu'il a formalisé son cheminement par rapport au handicap et à sa façon d'agir et de s'organiser en fonction.

On voit dans cette intervention que l'ergonome travaille beaucoup sur l'épisode IME, c'est-à-dire sur le statut du salarié, sur les aides financières possibles. Pour cela il est en interaction étroite avec la chargée SAMETH. Il n'hésite pas à interpeller celle-ci, d'autant qu'elle est très participante dans cette situation.

Dans cette intervention, la question de la dynamique d'entreprise (avec le fait de ne pas vouloir retarder les travaux de la cuisine), d'engagement dans l'Action, de l'intervention elle-même est omniprésente. Aussi l'ergonome va relancer l'entreprise, donner ou imposer un rythme d'actions, de décisions avec une dynamique plutôt active dans sa fenêtre d'intervention à partir du diagnostic pour finir l'intervention :

- Envoyer le diagnostic avant la réunion pour laisser le temps de le lire aux différents acteurs car elle pressentait que tout ce qui était organisationnel allait les interpeller.

- Enclencher une réunion de diagnostic assez rapidement et lui donner en fait un rôle de réunion de finalisation.
- Éviter de freiner l'intervention par des problèmes administratifs, surtout la fin de l'intervention. Elle choisit de mettre de côté une solution technique simple pour faciliter l'achèvement de l'intervention.
- Relancer pour avoir des devis corrects.
- informer l'entreprise qu'ils doivent contacter le médecin du travail et la chargée SAMETH pour la suite, pour la validation écrite des aménagements et le montage du dossier AGEFIPH.

Mais l'ergonome est bien consciente que des réajustements seront sûrement à prévoir dans l'avenir en fonction de l'évolution de l'état de santé et de l'évolution possible de l'effectif de l'entreprise. Au travers de l'intervention, l'ergonome a essayé de donner une impulsion à certains sujets pour leur permettre de gérer les problèmes ultérieurs. Elle pense qu'à la suite de son intervention, l'entreprise est maintenant capable de trouver d'autres solutions, en fonction des difficultés qui pourront apparaître dans l'avenir.

Tableau 35 : Tableau des entrants, sortants de l'intervention et moyens utilisés par l'ergonome (suivi THEATRO).

Entrants *Éléments recherchés et explorés par l'ergonome*	**Moyens utilisés par l'ergonome** *Leviers, stratégies, actions compte tenu des entrants*	**Sortants** *Visées, objectifs,* *Qu'est ce que l'ergonome cherche à obtenir ?*
Une demande d'intervention formulée sur des aménagements techniques portant sur la cuisine et le bureau, une demande plutôt technique	Dépasser la demande d'intervention avec une portée d'intervention plus large : • prise en compte de la relation avec le client, • travail sur l'organisation du travail pour qu'il se fasse aider avec pour préalable qu'il en accepte l'idée, • utilisation d'arrêts de travail pour mettre en place des remplacements par un collègue lors des crises du salarié (montage financier particulier, pas encore finalisé à la fin de l'intervention), • mobilisation d'une aide humaine, • examen de l'accessibilité de l'ensemble des locaux de travail.	L'ergonome répond à la demande d'intervention mais pas seulement, elle identifie un problème plutôt organisationnel. Elle vise une Action élargie pour le maintien dans l'emploi de Monsieur CLOUNI. Elle veut donner au SAMETH, un rôle de coordinatrice pour la suite et d'informatrice sur les questions d'ordre administratif.
Mais un projet de réhabilitation de la cuisine finalement bien avancé.	Donner des indications, des conseils de "première nécessité " dès le premier rendez-vous : l'ergonome aborde avec le salarié et l'administrateur, la hauteur des plans de travail, le transfert des charges, les flux propres et sales. Elle insiste sur la disposition du lave-vaisselle. Elle leur propose de réaliser en interne une petite maquette avec le mobilier pour examiner les implantations possibles. Elle leur propose même de vérifier les plans, avant les travaux prévus prochainement. Par cela, l'ergonome doit agir en urgence sur la conception de la cuisine, projet déjà bien engagé par l'entreprise, sans pouvoir analyser l'activité précise. Elle fait donc appel à son expérience. Elle choisit ainsi de ne pas demander le report des travaux de cette cuisine. Par cela, elle cherche à respecter et à s'inclure dans la dynamique préexistante de l'entreprise, par rapport aux projets de l'entreprise.	L'ergonome veut se recentrer l'intervention sur la conception d'une autre forme d'organisation. Car elle sait que les aménagements techniques ne seront pas suffisants pour M. Clouni.
Un directeur artistique, indispensable au bon fonctionnement du théâtre mais	Chercher à se faire une représentation la plus complète possible de l'activité de ce salarié.	Elle veut réorienter son activité sur la création artistique, sur l'écriture. Pour lui

atteint d'une maladie chronique évolutive. Acteur clé de l'entreprise avec plusieurs missions : - Direction artistique, - Accueil du public, - Accueil des artistes, - Gestion des financements de projets et de la régie, - Réalisation de la logistique et de la cuisine, - Médiation culinaire. Une définition de son poste progressive, non sans difficulté dans le passé. Il est à la fois manager et exécutant. Il passe beaucoup de temps au travail. : Ce qui traduit un investissement professionnel important.	Elle veut prendre le temps de voir toutes les contraintes physiques, toutes les phases de l'activité du salarié avec un temps d'observation suffisamment long. Les observations doivent être valides et représentatives. Prendre en compte le rôle clé du salarié dans l'entreprise et ses centres d'intérêt : la créativité, l'écriture de texte. En permettant au salarié de réécrire davantage, l'ergonome souhaite laisser plus d'autonomie aux autres membres de l'équipe pour l'aider sans avoir l'air de l'aider tout en faisant une partie de son travail.	permettre de réécrire, des aménagements techniques sont envisagés tels que l'adaptation du poste assis mais aussi un logiciel de dictée vocale. L'un des objectifs est de le soulager des phases de travail les plus physiques et lui faciliter les phases administratives.
Un métier compliqué avec beaucoup de variabilité et de relationnel.	Elle veut prendre le temps de voir toutes les contraintes physiques, toutes les phases de l'activité du salarié avec un temps d'observation suffisamment long. Les observations doivent être valides et représentatives. Essayer de réunir plusieurs acteurs avec pour chacun, la recherche d'une contribution particulière, lors de la réunion de présentation du diagnostic afin de cerner la variabilité et la complexité de la situation : • le médecin du travail pour la connaissance des contraintes médicales • l'administrateur pour recueillir son avis sur l'organisation et les coûts potentiellement engagés • le salarié cette fois pour travailler ensemble sur ses activités. Impliquer ainsi les acteurs nécessaires ensemble, au bon	L'ergonome a besoin d'avoir une bonne représentation de ce que fait le salarié. Elle veut comprendre la réalité du travail du salarié le plus précisément possible et dans le même temps, cerner les difficultés du salarié au travail, ses contraintes.

	moment, pour avoir l'assurance des solutions validées pour le salarié.	
Difficultés de santé : spondylarthrite ankylosante (maladie inflammatoire avec des poussées l'empêchant de marcher) Conséquences de la maladie identifiée : -fatigue -complications de déplacements -douleurs articulaires -douleurs du niveau dorsal -capacité à se concentrer perturbée. Des traitements toutes les sept semaines. État du salarié qui se détériore progressivement dans cette période. Au début, il va plutôt bien et à la fin il a des difficultés pour gravir les marches.	Questionner précisément ses difficultés, ses douleurs et ses besoins. Le faire au niveau du poste informatique permet à l'ergonome d'en savoir plus. Rechercher des contraintes médicales en essayant de faire le point avec un médecin du travail. Lui faire formuler ses difficultés, pour qu'il commence à accepter. Privilégier dans un premier temps, des choses facilement aménageables pour le soulager.	Elle veut comprendre la réalité du travail du salarié le plus précisément possible et dans le même temps, cerner les difficultés du salarié au travail, ses contraintes. Du fait des difficultés du salarié, l'ergonome envisage directement, en complément des aménagements techniques, des aménagements organisationnels.
Difficultés à tenir les 35 heures hebdomadaires. Le salarié a dû augmenter le nombre de jours de repos hebdomadaires : il est passé de un à deux jours par semaine	Rechercher des contraintes médicales en essayant de faire le point avec un médecin du travail. Examiner les aménagements techniques et organisationnels possibles pour le salarié. Connaître et informer le salarié des différentes aides possibles en complément de l'intervention : l'invalidité, l'aide humaine financée par l'AGEFIPH et la RLH (reconnaissance de la lourdeur du handicap). Il soulève ainsi des aides et actions dépendantes du champ d'action du SAMETH. Rechercher les dépassements (réalisés par le salarié) du temps de travail hebdomadaire, n'arrive pas à savoir les horaires de travail du salarié. Investiguer la question de la gestion des pauses non prises. Lui rendre acceptable l'aide de quelqu'un d'autre.	Elle veut comprendre la réalité du travail du salarié le plus précisément possible et dans le même temps, cerner les difficultés du salarié au travail, ses contraintes. Elle veut aboutir à une diminution du temps de travail avec une compensation financière. L'objectif est de trouver le meilleur compromis, un équilibre pour l'entreprise et le salarié.
Mais il ne peut pas travailler moins de 35 heures pour des raisons financières et familiales	Recherche de compensation financière du temps de travail pour tout de même le diminuer.	Il s'agit de maintenir autant que possible, les revenus financiers du salarié. L'objectif est de trouver le meilleur

		compromis, un équilibre pour l'entreprise et le salarié.
Personnalité du salarié : la communication et les échanges face-à-face sont très importants pour lui.	Proposer certaines solutions à l'oral pour en faciliter l'acceptation par le salarié, par exemple, être aidé pour la fermeture du théâtre ou encore la déléguer. Travailler la qualité relationnelle pour parvenir à la confiance et à la confidence.	L'ergonome veut établir un lien de confiance avec le salarié pour lui faire accepter certains aménagements et pour travailler sur sa représentation de la maladie.
Inquiétude du salarié par rapport à sa maladie, son évolution avec des difficultés d'acceptation du handicap. Un salarié qui n'énonce pas facilement ses difficultés. Un salarié complètement perdu, il ne sait pas trop s'il va pouvoir continuer de travailler. Inquiétude constante sur l'avenir financier de l'entreprise mais aussi sur le sien.	Travailler "main dans la main" avec le salarié : analyser ensemble, conjointement les contraintes physiques de son travail et toutes les phases de son activité. Lui faire prendre conscience de ce qu'il ne peut plus faire ou pas faire de la même façon. Le travail d'acceptation de l'évolution de la maladie est aussi à travailler avec le responsable et l'équipe, qui sont aussi inquiets. Travailler la qualité relationnelle pour parvenir à la confiance et à la confidence. Pour cela, passer du temps avec le salarié. Rassurer le salarié, en lui faisant entrevoir du possible avec notamment par des essais d'aides techniques et des propositions d'aides financières : • Informer le salarié des différentes aides possibles en complément de l'intervention : l'invalidité, l'aide humaine financée par l'AGEFIPH, la RLH (reconnaissance de la lourdeur du handicap). • L'aider à se projeter dans une solution. • Lui formuler des éléments qu'il est en capacité d'entendre (précautions verbales). Prendre en compte le rôle clef du salarié dans l'entreprise.	Il s'agit pour l'ergonome de comprendre et diminuer les appréhensions du salarié vis-à-vis du handicap et de la maladie. Permettre au salarié de faire évoluer sa représentation de la maladie. L'objectif est d'aller progressivement vers l'acceptation du handicap par le salarié, l'ensemble de l'équipe. Agir dessus représente la plus grosse partie de l'intervention pour l'ergonome.
Absence de vrais arrêts de travail dans les moments où le salarié va moins bien, ce qui implique les difficultés de remplacement et des " bricolages" de	Aborder dans un premier temps l'idée des arrêts de travail avec l'administrateur puis avec le salarié. Dire au salarié que cette idée est dans l'intérêt de l'association. Lui faire prendre conscience qu'il aide à l'entreprise en	Elle veut inciter le salarié à prendre de vrais arrêts de travail pour que l'entreprise puisse rétribuer des bénévoles (afin de les fidéliser) ou augmenter ponctuellement le

l'entreprise avec des bénévoles pour réaliser les fermetures quand le salarié ne peut plus. Une équipe qui s'organise en fonction du salarié concerné, de ce directeur artistique même si ce dernier essaie de gérer ses difficultés avec son équipe avec respect et sans abus.	acceptant de s'arrêter réellement. Voir ce point avec le médecin du travail et le SAMETH. Examiner collectivement cette question des arrêts de travail lors de la réunion présentant le diagnostic. Mettre en place des choses plus formelles. Prendre en compte le rôle clef du salarié dans l'entreprise. Pousser l'analyse de l'activité du salarié et de son équipe pour accéder aux modalités de l'organisation du travail et dépasser la mise en place uniquement d'aides techniques. Besoin de comprendre l'activité de l'équipe et l'intégrer. Passer du temps avec le salarié et ses collègues.	temps de travail d'un salarié lorsque M. Clouni ne peut plus assurer les fermetures. Cela doit permettre à l'entreprise, d'assurer son remplacement, ce qui est nécessaire pour le bon fonctionnement. Elle veut ainsi aboutir à une situation plus gérable, plus viable et contrôlable pour l'entreprise.
Refus d'être aidé de quelque sorte que ce soit. Volonté d'être autonome et de tout maîtriser, par le salarié. Des difficultés pour déléguer.	Impulser le projet d'aide humaine pour le salarié avec exploration des plusieurs questions : • Identifications des aides déjà fournies par l'entreprise ? • Niveau d'acceptation par le salarié : Pour être aidé en général ? Pour l'aide de ses collègues ? Pour l'aide d'une tierce personne pendant un temps donné (notamment dans le cas d'une aide humaine) ? • Évolution des objectifs de l'aide humaine proposée au cours de l'intervention vers une utilisation plus acceptable de l'aide humaine pour le salarié : Pour l'aider lors des fermetures dans un premier temps ? A terme pour revoir l'organisation de son bureau, refaire tout le classement administratif du bureau ? • Leur mise en place est-elle possible sans prendre la place du salarié et lui laisser son rôle, le sens de son activité ? • Quelles sont les modalités possibles de ces aides ? ponctuelles ? Par une embauche ? Avec les bénévoles ? • Suggère des modes de financement à imaginer pour ces nouvelles aides humaines ? L'ergonome organise l'approche du salarié via des tiers	L'ergonome recherche une organisation du travail viable pour le salarié et l'équipe, assurant le fonctionnement de l'entreprise sur le long terme. L'ergonome veut arriver à l'acceptation de l'aide d'une autre personne par le salarié, veut rendre l'aide plus acceptable pour le salarié afin de mettre en place des aménagements organisationnels, une autre répartition des tâches. L'ergonome compte sur l'administrateur pour l'acceptation des solutions organisationnelles, la recherche de nouvelles solutions lorsque des problèmes apparaîtront. Elle essaie de réaliser une sorte de relais avec lui.

	(administrateur du théâtre, chargée SAMETH) : appui dans l'entreprise, aide à la compréhension et à l'acceptation des propositions d'aménagements, relais à la suite de l'intervention. L'ergonome compte sur l'administrateur du théâtre, sur son appui car elle se rend compte que ce dernier sait faire passer des messages au salarié, lui parler et lui faire comprendre les choses. L'ergonome s'appuie sur l'administrateur pour l'acceptation de l'aide humaine. En plus de son aide pour la conviction du salarié, la chargée SAMETH permet de monter les dossiers de financement, pour les différents aides. L'ergonome préfère faire certaines propositions à l'oral. Besoin de comprendre l'activité de l'équipe et l'intégrer.	
Une organisation d'entreprise particulièrement complexe à appréhender et à comprendre.	Comprendre de la structure hiérarchique de l'entreprise lors des rendez-vous en entreprise mais aussi par le SAMETH, par des interactions téléphoniques. Cette compréhension lui permet d'identifier les acteurs avec qui elle doit travailler de préférence et les décideurs. Pousser l'analyse de l'activité du salarié mais aussi de son équipe pour accéder aux modalités de l'organisation du travail et dépasser la mise en place uniquement d'aides techniques. Besoin de comprendre l'activité de l'équipe et l'intégrer.	Il s'agit pour l'ergonome, de connaître précisément le mode de fonctionnement de l'entreprise en échangeant avec les collègues pour l'intégrer dans ses propositions vis-à-vis du salarié.
Une situation financière fragile avec un effectif composé de contrats aidés. Mais une entreprise en pleine dynamique de changement, notamment au niveau de la cuisine et pour sortir de ses difficultés financières.	Identifier et prendre en compte la limitation des possibilités financières de l'entreprise, en lien avec son statut associatif. Obtenir une bonne prise en charge AGEFIPH, l'argumenter en ce sens avec la chargée SAMETH. Réfléchir aux modes de financement et de cofinancement, gérer les contacts fournisseurs (donner les informations nécessaires à la réalisation de devis, organiser des rendez-vous d'essais). Écrire tous les éléments identifiés en termes de contraintes pour le salarié, même si elle sait que ce ne sera pas la priorité et que cela ne sera pas fait de suite par l'entreprise. Cela lui permet de laisser trace.	L'ergonome veut trouver le meilleur compromis possible pour le salarié et l'entreprise, et un équilibre. Obtenir une prise en charge maximale de la part de l'AGEFIPH, tenant compte des finances du théâtre. Impulser un maximum de prises de décision dans la fenêtre d'intervention tout en laissant des traces pour qu'ils puissent gérer l'après intervention, la suite de l'épisode IME.

Investissements humains importants de la part de l'entreprise : elle réalise l'embauche d'un salarié pour aider le directeur artistique sans avoir l'air de l'aider (éviter qu'il porte). Pourtant elle arrive au bout de ses possibilités.	Aider l'entreprise par une réorganisation du travail et des aides financières. Concevoir une organisation du travail plus viable, moins dépendant des fluctuations de l'état de santé du directeur artistique.	L'ergonomie veut trouver le meilleur compromis possible pour le salarié et l'entreprise, et, un équilibre. Elle souhaite faire prendre conscience au salarié qu'il doit accepter un certain nombre d'aménagements pour l'entreprise.
Inquiétude de l'entreprise (administrateur, équipe) vis-à-vis de l'état de santé du salarié. Un administrateur qui sait parler au salarié et lui faire comprendre les choses. L'entreprise a manqué de temps pour travailler sur la situation de M. CLOUNI : -l'administrateur travaille à 50 % pour le théâtre, et est assez débordé. -Un audit sur l'organisation est souhaité mais il n'a toujours pas été réalisé. L'activité quotidienne prend le pas sur les possibilités de réflexion de l'entreprise.	Prendre le temps nécessaire pendant la fenêtre d'intervention pour passer du temps avec le salarié et ses collègues. Évoquer collectivement les différents axes de réflexion, aider les acteurs de l'entreprise à s'approprier les différentes questions. Faire part de l'avancement de l'intervention à tous au fur et à mesure de l'intervention, maintenir un niveau d'information équivalent entre les différents acteurs. Donner un rôle à chaque partie prenante, formaliser les pistes de solution par des écrits. Déterminer le rendez-vous du diagnostic en fonction de l'emploi du temps de l'administrateur dans un premier temps puis proposer des dates de diagnostic à tous en plusieurs fois. Envoyer le document de diagnostic en amont, en avance, pour laisser à l'entreprise le temps de la réflexion, notamment pour les pistes organisationnelles. "Utiliser" l'administrateur, son positionnement, son pouvoir de conviction, sa fonction d'organisateur. Mais doit gérer son manque de réponse aux mails. Accompagner l'entreprise jusqu'à la réalisation des devis corrects pour la demande de cofinancement (effectue plusieurs relances).	L'ergonome veut redonner une dynamique du possible, une impulsion et une démarche à l'entreprise (administrateur et équipe). Elle n'a pas pu tout voir mais a voulu leur donner assez d'éléments pour qu'ils poursuivent et s'approprient les questions en lien avec le maintien dans l'emploi du salarié.
Un médecin du travail initialement prévu, finalement absent.	Comprendre l'action passée du médecin du travail dans l'entreprise : l'ergonome cherche à en savoir plus sur le médecin du travail auprès des autres acteurs, notamment sur son action dans l'épisode IME, ses relations avec chacun car elle	Tout au long de l'intervention, l'ergonome souhaite impliquer le médecin du travail pour contribuer à l'acceptation du handicap, pour valider les aménagements

	recherche toujours la validation des solutions proposées par le médecin du travail. Tenter de gérer l'absence du médecin du travail : le manque de nouvelles, la gestion de l'absence du médecin du travail impliquent de nombreux appels et mails pour l'ergonome, des efforts pour essayer de le joindre tout au long de l'intervention, une préoccupation constante. Savoir gérer les absences ou la présence de certains interlocuteurs selon leur efficacité d'action. Elle va donc s'appuyer sur la chargée SAMETH, voire l'administrateur du théâtre. Par exemple, elle implique la chargée SAMETH au moment où elle a besoin de ses compétences administratives, lors de la réunion de diagnostic, pour argumenter, informer et convaincre.	et prendre le relais à posteriori de l'intervention.
Pas de réelle dissociation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Le salarié dort, vit plus ou moins sur le site du théâtre, notamment pour limiter les déplacements. Mélange de genres : vie privée, vie professionnelle, sentiments. Les mélanges vie privée - vie professionnelle se voient aussi au travers de l'achat d'un ordinateur personnel servant sur le lieu de travail.	Examiner la question du matériel personnel à utilisation professionnelle : problèmes de maintenance pour l'entreprise et de solution viable dans le temps ? Aménagement du véhicule du salarié à traiter avec la chargée SAMETH. Recadrer le salarié dans les entretiens. Choisir de ne pas écrire les éléments relatifs au mélange vie privée - vie professionnelle dans un document. Savoir arrêter l'aménagement à un moment donné. L'ergonome détermine un temps d'observation nécessairement long, pour dénouer ce mélange. Prendre en compte une partie de la vie hors travail du salarié dans l'intervention.	Délimiter l'intervention par rapport au mélange trop présent vie privée - vie professionnelle. Elle étend dans une mesure raisonnable les aménagements techniques possibles, au risque de dépasser le cadre professionnel, mais cela va permettre au salarié d'utiliser certaines aides techniques, telles que les rampes d'accès, même pendant ses temps de repos.
Logistique des spectacles contrainte par la configuration des locaux	Proposer des aménagements techniques nécessaires et adaptés à la configuration, en prenant toujours en compte les finances de l'entreprise. Revoir l'organisation du travail notamment au niveau de la régie et de la préparation des salles.	L'ergonome espère que l'entreprise pourra réouvrir le mardi soir avec ces aménagements. Elle se soucie de la performance de cette dernière.

4.3. Des stratégies qui traversent les dimensions temporelles pour la poursuite de l'action après la fenêtre d'intervention

4.3.1. Une dynamique d'actions

Au travers de l'examen du schéma d'action détaillant le déroulé de l'intervention et du raisonnement de l'ergonome, et du tableau des moyens utilisés par l'ergonome, plusieurs stratégies sont identifiables, développées par l'ergonome pour faire se combiner tous ces temps, dans l'objectif du maintien dans l'emploi d'un salarié ayant une maladie chronique évolutive :

- Travailler la qualité relationnelle pour parvenir à la confiance et la confidence, auprès d'un salarié inquiet pour son avenir professionnel, l'avenir de l'entreprise et l'évolution de son état de santé.
- Donner des possibilités de réflexion orientées, notamment sur la compensation collective des difficultés du salarié.
- Impulser les prises de décisions dans sa fenêtre d'intervention, pour garantir la situation, et, en conséquence, exiger des réponses rapides, stimuler les réflexions et leur avancement.
- "Presser les autres acteurs" tout en leur laissant du temps pour ne pas diminuer la portée de leur réflexion.
- Négocier et redonner des marges temporelles, pour l'ergonome lui-même et les autres acteurs.
- Impliquer les acteurs nécessaires ensemble, au bon moment, pour obtenir une garantie sur le long terme des solutions validées pour le salarié.
- Diminuer l'incertitude par rapport au salarié, notamment par rapport à ses capacités de travail.
- Faire prendre en compte une partie de la vie hors travail du salarié par l'entreprise
- Gérer les absences ou présences de certains interlocuteurs selon leur efficacité d'action.
- Élargir la première analyse de la situation, réalisée par la chargée SAMETH et ainsi étendre la portée de l'intervention ergonomique.
- Alterner des approches objectives (déroulement juridico-administratif) et subjectives (relationnel).

4.3.2. Écrire ou non

Des rapports, des diagnostics rédigés sont autant de traces qui peuvent servir ou desservir la situation du salarié ultérieurement dans l'entreprise. Aussi l'ergonome met en œuvre des stratégies de prudence, notamment en lien avec les caractéristiques les plus délicates des maladies chroniques évolutives et le secret médical associé.

Beaucoup d'éléments passent par l'oral dans ce type d'intervention. Le médecin du travail ose donner des informations sur l'état de santé du salarié, seulement par téléphone ou verbalement. Le salarié se confie à l'ergonome souvent en colloque singulier. Le responsable

ose parler autour d'un café de son ressenti par rapport à la complexité de la situation et de son sentiment d'impuissance à pouvoir la gérer dans un bureau. Rien de tout cela ne peut être écrit, bien qu'il s'agisse d'éléments essentiels à l'intervention de l'ergonome.

La diffusion des informations doit être mesurée. Et elle l'est de manière forcée par la formalisation habituelle des écrits afférents aux interventions, en lien avec les exigences des prescripteurs. Le déroulement, les efforts de l'ergonome nécessaires à l'avancement de l'Action (au sens large) pour le maintien dans l'emploi ne peuvent réellement être explicités.

Ergonome : Bon. La première chose, c'est que je pense que j'ai répondu à la demande initiale. Voilà. Donc j'ai fait passer les devis. Ils sont contents, etc.

Ergonome : Ce que je reproche toujours un peu au compte rendu qu'on peut faire, et à celui-là en particulier, c'est que je pense qu'on voit pas du tout tout le cheminement et tout ce qu'il a fallu faire pour en arriver là. Je ne te parle pas des solutions techniques, mais du cheminement de M. CLOUNI.
C.Q. : Du changement de représentations…?
Ergonome : Voilà, exactement. Et ça, ça ne se voit pas du tout. Mais ça, c'est propre à la construction même de nos comptes rendus. Et puis, bon, on ne va pas rentrer dans le…
C.Q. : … dans le descriptif.
Ergonome : Oui… de ces choses-là. Ce n'est pas ce qu'on nous demande. Voilà. Ça, c'est toujours un peu décevant, mais, en même temps, c'est compliqué à écrire. Et ça n'a pas d'intérêt pour l'AGEFIPH. Donc on ne le fait pas. Voilà. Donc ça pose toujours la même question de savoir si, pour l'AGEFIPH, le nombre de jours est justifié. Tu vois, ça peut être une des questions. Finalement, quand tu regardes mon compte rendu – d'ailleurs, je l'ai entendu dans l'extrait, c'est pour ça que ça m'est revenu –, effectivement, les solutions organisationnelles, c'est une demi-page. Enfin… Il n'y a pas grand-chose, alors que ça a été quand même un vrai sujet de pouvoir l'aborder et de le valider.
(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Au-delà du déroulement de l'intervention, décrire les difficultés du salarié, surtout quand elles sont importantes, n'est pas chose aisée pour l'ergonome et l'amène à diverses précautions et réflexions éthiques, morales…

Ergonome (extrait pour autoconfrontation) : « Moi, c'est plutôt sur la partie révélation du handicap qui me gêne le plus parce que je ne sais pas très bien comment on peut faire sans le dire. Voilà. C'est plutôt ça. Tu arrives toujours d'habitude à des formules… déficience motrice, gnagnagna… Là… »
C.Q. (extrait pour autoconfrontation) : « Là, c'est compliqué. »
Ergonome (extrait pour autoconfrontation) : « Oui. Tu es obligée de parler de ce qui reste, en fait. »
C.Q. (extrait pour autoconfrontation) : « De ses ressources. »

Ergonome (extrait pour autoconfrontation) : « Parce que, sinon, si tu décris tout ce qui va pas… voilà… Le problème, c'est ça, je trouve. »
C.Q. : Alors, voilà, c'est sur cette partie que je voulais revenir avec toi, cette partie de révélation du handicap. Comment as-tu pu le gérer dans ton compte rendu ?
Ergonome : Je ne me souviens plus comment j'ai tourné ça, mais… Je ne me souviens plus de ce que j'ai écrit. [Elle lit.] Je lui avais dit cash. [Lisant :] « Il se déplace en fauteuil roulant électrique et il ne peut bouger que deux doigts de la main droite. » Comme ça…
C.Q. : Mais c'est quelque chose qui t'a interrogée ?
Ergonome : Oui, parce que… parce que tu… Là, tu es obligée… je veux dire, ça ne se justifie que par le fait qu'il peut plus rien faire tout seul. Donc tu es obligée de passer par là. Tu ne peux pas dire : « Station debout pénible. » Tu ne peux pas passer par des ellipses. Donc je ne voyais pas très bien comment… voilà… Je pense qu'il y a des trucs que je n'aurais pas mis normalement. [Lisant :] « Les mains de M. DOUED sont fréquemment froides. » Bon, je n'explique pas que c'est parce qu'il ne les bouge pas, mais… Voilà. Donc, du coup… Après, tout ce qui était aussi soins, j'ai dû me prendre la tête encore. Qu'est-ce que j'ai écrit ? Voilà, j'ai mis [lisant] : « Des soins indispensables au cours de la journée. »
C.Q. : Alors que c'est peut-être quelque chose que tu n'aurais pas écrit si c'étaient des soins de kiné ou des choses comme ça ?
Ergonome : Tu ne vas pas aller écrire qu'il se fait sous lui… tu vois… Voilà. C'était un peu… C'est un peu… Tu rentres vite dans l'intimité. Et le manque d'autonomie est fort quand même. C'était un peu gênant à… enfin… gênant… Il fallait quand même dire les choses mais sans être trop explicite… Je ne sais pas… Tu vois, je suis pas rentrée dans le détail du fait qu'il fallait mettre un voile de fond pour pas qu'on voie son fauteuil quand les gens arrivent, qu'on voie son fauteuil, sa machine à respirer, son machin…
C.Q. : Oui, oui…
Ergonome : Si l'AGEFIPH m'appelle, je leur expliquerai, mais…
C.Q. : C'est quelque chose que tu ne peux pas écrire.
Ergonome : Ça me gênait de l'écrire. Après, je pense que M. DOUED, c'est… Je ne pense pas que ça l'aurait perturbé. Après, je ne sais pas ce qu'il dit à l'AGEFIPH. Je préférerais que ça ne soit pas écrit directement.

(SUIVI - SERVADOM- Ergo 4, ergonome senior consultante, à la suite d'un extrait en autoconfrontation, lors de l'entretien de fin de suivi)

Enfin, l'ergonome peut être amené à modérer ses écrits pour sécuriser le parcours du salarié. C'est le cas pour le jardinier paysagiste, prochainement à la retraite et bénéficiant d'une bonne compensation collective et managériale.

Ergonome (enregistrement) : « Non. Je ne pense pas, parce que ce n'est pas… Je pense que c'est compliqué de fonctionner comme ça avec l'organisation qu'ils ont. Et puis en sachant que, là… enfin… Lui, il veut vraiment rester là où il est. Et je pense que, si je dis tout ce qui se passe, je ne pense pas que le médecin sera d'accord pour le laisser à ce poste-là. Donc… »

C.Q. (enregistrement) : « Donc il y a certaines choses que tu as identifiées, que tu ne vas pas pouvoir faire ressortir ? »
Ergonome (enregistrement) : « Oui. Alors, après, lui, il sait que c'est une contrainte. Il sait aussi que… enfin… On sait aussi qu'il y a une grosse équipe. Donc la répartition, elle peut être faite et elle est déjà faite en fonction de l'état de santé des agents. Donc ça, c'est bien. Après… Après, c'est peut-être plus au niveau des aides techniques qu'on peut aussi approfondir certaines choses. Certaines recherches d'aide technique peuvent être, je pense, intéressantes pour limiter les contraintes du salarié. »
C.Q. : Donc, par rapport à ce passage, moi, ce qui m'a questionnée, c'est que, finalement, il y a des éléments en tant qu'ergonome qu'on identifie, mais on ne les communique pas forcément à tous les acteurs pour pouvoir conserver le salarié, comme tu disais, à son poste. Comment tu as fait pour gérer cela ? Est-ce que tu as quand même intégré ces contraintes après, dans le diagnostic ? Je sais pas si tu t'en rappelles.
Ergonome : Alors si, elles sont quand même évoquées, ces contraintes. Enfin… C'est-à-dire qu'on… Quand je parlais de ça, c'est que je ne vais pas, par exemple… Alors, là, c'est un peu compliqué parce que c'est un poste où l'activité est variable. Donc c'est vrai qu'il peut passer, par exemple, quinze jours à faire que de la plantation, qui est très très contraignante physiquement par rapport à d'autres périodes où il a quasiment pas de plantation à faire. Donc la contrainte, physique en tout cas, elle est différente, là, selon les saisons, selon les périodes. Donc c'est évident que je vais dire que la plantation est contraignante pour lui. Après, je vais peut-être pas forcément dire qu'en période de plantation, par exemple, il faut qu'il fasse aucune plantation du tout. Je peux pas, pour quelqu'un qui travaille dans les espaces verts, dire qu'il ne peut pas du tout faire de plantations. C'est…
C.Q. : En fait, tu as choisi plutôt cette orientation-là en insistant peut-être pas trop sur ces contraintes pour qu'il puisse rester dans cette équipe dans laquelle il veut rester. C'est ça ?
Ergonome : Si, si, je les ai précisées, ces contraintes, dans le diagnostic. Je les ai précisées. Par contre, c'est vrai que j'ai pas forcément appuyé sur le fait que, voilà, on était, pendant les périodes de plantation, quinze jours en train de faire de la plantation. Quinze jours en train de faire de la plantation, c'est vraiment trop contraignant pour le salarié.
(SUIVI - JARDINO - Ergo 6, ergonome consultante confirmée, à la suite d'un extrait en auto-confrontation, lors de l'entretien de fin de suivi)

L'ergonome arbitre entre ce qu'il peut dire ou non, dans l'intérêt qu'il perçoit, pour le salarié concerné et son avenir. Il mesure ses propos et écrits. La subtilité reste ainsi le maître mot.

4.3.3. Prioriser l'organisationnel et/ou le technique en termes d'aménagements

Dans les interventions concernant le maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques, il n'y pas de positionnement clair, partagé, privilégié par l'ensemble des ergonomes interrogés ou suivis, pour les aménagements organisationnels plutôt que pour les aménagements techniques ou inversement. Les aménagements proposés sont sélectionnés et déterminés par l'ergonome en fonction d'un risque d'évolution de santé. Ils sont de trois ordres : organisationnels, techniques et financiers.

Des visions différentes des aménagements techniques peuvent néanmoins émerger parmi les ergonomes interrogés :

- Privilégier des aménagements plutôt techniques qui profiteront aussi au collectif de travail

On pourrait gérer ça par l'achat de matériel ou l'adaptation un peu plus importante, qui ne va pas chercher bien loin et qui serait bénéfique à tout le monde.

(SIMUL - Ergo 12, ergonome consultant senior, au cours d'un premier diagnostic de la situation, suite aux observations)

- Remise en cause de l'aménagement technique par rapport aux risques d'obsolescence, d'évolution de l'état de santé de la salariée et d'évolution de l'entreprise.

D'ailleurs, moi, les aménagements techniques lourds, cela me pose problème. Parce que je me dis que dans l'évolution de la personne sur son poste, cela risque d'être un frein parce qu'une entreprise cela évolue, les tâches qui sont confiées aussi, les organisations, les gens qui sont là, tout cela ça évolue et s'il y a des choses un peu techniques qui sont un peu trop figées donc. En fait moi, je travaille vraiment dans l'objectif de trouver des situations au travail où la personne ne sera pas fixée dans la difficulté. Que sa situation au travail ne soit pas handicapante. Tant qu'à faire qu'il n'y ait pas besoin d'aides techniques.

(SIMUL - Ergo 13, ergonome de réadaptation senior, évoquant sa pratique d'intervention)

Suivant le type d'aménagements pressentis lors de l'analyse de la demande et de la situation, la démarche de l'ergonome peut varier, avec soit des essais, soit un travail collaboratif avec le salarié concerné.

Salarié. "En fait, l'ergonome apporte une réflexion, une pensée, une organisation, c'est çà ou j'ai mal compris ?"

Ergonome. Oui, là, on va faire le point avec le médecin. Vous m'avez déjà expliqué un certain nombre de choses. Mon idée, c'est de voir les contraintes. Il s'agit de faire le point sur les difficultés rencontrées ici. Vu la manière dont ça se déroule, ce que vous m'avez expliqué, je pense qu'il faut que je revienne passer une journée ou deux, en fonction de votre emploi du temps, voir des choses différentes. Et à partir de là, on refera une réunion avec le médecin du travail pour voir ce qu'on veut mettre en place comme aménagements, que ce soit au niveau technique ou au niveau organisationnel. C'est pour ça que c'est un peu long, ce n'est pas très rapide, il faut le temps que tout se mette en place. A partir de là, on va décider si ça vaut le coup, même s'il ya une prise en charge AGEFIPH, en prenant en compte les finances du théâtre, voir ce qui est possible, ce qui n'est pas possible pour avoir la meilleure solution, le meilleur compromis pour vous, pour le théâtre et par rapport à vos problèmes de santé. On essaye de faire le point là-dessus. Et après, nous, on vous aide à mettre en place les solutions. Si c'est organisationnel, on va le voir ensemble, si c'est technique, on va faire des essais de matériel s'il y a besoin. Tout ça pour arriver à une solution qui est valide.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors du premier rendez-vous en entreprise)

4.4. Les pronostics et les doutes de l'ergonome à l'issue de l'intervention

L'ergonome réalise des préconisations que l'entreprise ou les acteurs du maintien dans l'emploi sont libres de suivre ou non. Ainsi l'ergonome peut avoir des doutes concernant l'acceptation et la mise en place effective des aménagements proposés par ses soins. En effet, par l'analyse quantitative réalisée pour les 22 interventions mises en œuvre par l'ergonome chercheuse, nous avons pu déceler un niveau de doutes, plus important pour les interventions dites "délicates", situations plus complexes avec des essais d'aménagements infructueux de la part de l'entreprise et une situation de santé du salarié concerné plus "floue" pour l'entreprise. Il l'est beaucoup moins pour les interventions dites "techniques", où il y avait déjà une dynamique engagée, avec une part d'aménagements efficaces. Mais les doutes sur le fait que les aménagements retenus (par l'entreprise, le salarié et/ou le médecin du travail) soient suffisants au regard de la situation se retrouvent dans la plupart des interventions, soit 17 sur 22. Aussi, lorsque l'ergonome est amené à intervenir pour le maintien dans l'emploi d'un salarié malade chronique, ne doit-il pas réaliser des pronostics ou encore émettre des hypothèses sur la poursuite des événements ? Des doutes peuvent alors émerger sur la suite aussi bien au niveau de l'épisode IME que des histoires longues (entreprise, salarié).

Remarque : tous les extraits cités dans cette partie sont issus des 4 entretiens de fin de suivi des interventions.

4.4.1. Les aménagements techniques, leurs financements et leur acceptation

L'ergonome propose assez souvent des aménagements techniques, organise des essais pour vérifier que les solutions techniques sont adaptées à la situation du salarié. Mais il peut subsister des doutes sur le fait que les préconisations et/ou que les aménagements retenus suffisent. Cela est étroitement lié à l'importance des difficultés de santé des salariés concernés et de leurs déficiences fonctionnelles.

C.Q. : Alors est-ce que tu as appris des choses lors de cette intervention ?
Ergonome : Attends, il y a juste un truc qu'on n'a pas réabordé et en termes de solutions, c'était la dictée vocale, parce qu'on parle plutôt de tout ce qui était domotique, mais la dictée vocale, c'est l'exemple même d'un aménagement qui est un peu limite, c'est-à-dire que tout le monde était d'accord pour dire qu'il y a pas de problème avec la dictée vocale et tout ce qu'on veut, la médecin du travail et la chargée SAMETH, parce que ça fait partie des aménagements classiques de quelqu'un qui peut pas faire de la saisie. Pour moi, ça me paraît un peu limite… un peu limite parce que… Je… Ça va l'aider un petit peu, mais c'est pas… Sa voix passe quand même très très mal et il fatigue très vite. Donc c'est…
C.Q. : Tu ne sais pas si ça va être efficace ?
Ergonome : Oui. Honnêtement, je ne suis pas certaine. En plus, il faut quand même faire un système très particulier de micro et de machin. Ça complexifie un peu l'aménagement. Donc

il y tenait et je me suis dit : bon, c'est vrai qu'il a qu'un doigt pour taper. Il doit fatiguer aussi. Donc c'est une façon d'alterner, mais c'est, pour moi, très limite.

(SUIVI - SERVADOM- Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Ainsi, l'une des catégories de doutes les plus importants pour l'ergonome concerne l'identification et la compréhension des limitations du salarié concerné par rapport à l'activité de travail, surtout en cas de maladies chroniques. Ceci l'amène à se rapprocher autant que possible du médecin du travail.

Ergonome : L'activité est variable. Donc, après, dire qu'en été, il peut pas du tout faire de plantation alors que c'est 90 % de l'activité pendant quinze jours, trois semaines et… Ou dire qu'il ne peut pas tailler les haies, c'est compliqué. Parce qu'en plus, dire qu'il ne peut pas du tout le faire, c'est pas vrai. Il peut le faire. Après, la question étant qu'il faut limiter. Ça, c'est plus [+] au médecin, après, de se prononcer par rapport à ça. Moi, je ne suis pas médecin. Donc c'est plutôt à elle de se prononcer par rapport à ça.

(SUIVI - JARDINO - Ergo 6, ergonome consultante confirmée, lors de l'entretien de fin de suivi)

Toujours pour ces aménagements techniques, les questions de financement interrogent l'ergonome. Même à la fin de l'intervention, des incertitudes peuvent persister concernant le financement et les modalités de cofinancement des aménagements techniques, suivant le type d'entreprise et le statut du salarié concerné. Doit être aussi pris en compte le lien étroit entre le professionnel et le personnel, deux temporalités qui se mêlent souvent dans le cas de travailleurs malades chroniques.

Mais, encore une fois, les rapports ont changé parce qu'il est à la fois gérant de sa boîte. Il n'y a pas de rapports employeur-salarié. Donc… C'est là où ça n'a pas été très clair non plus. C'est que, en termes de financements, en tant qu'employeur, tu ne sais pas très bien jusqu'où il va pour lui-même. Tu vois… Ce n'est pas très clair. Voilà. C'était un peu flou. Ce n'est pas mon problème direct…

(SUIVI - SERVADOM - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Cela amène l'ergonome à tenter d'arbitrer, conjointement avec le SAMETH, entre les modalités de financements possibles et à examiner la connaissance détenue par le salarié des différents dispositifs, en tant qu'acteur principal de son maintien dans l'emploi.

Je pense que M. DOUED s'il l'avait pas (le devis de l'Octopus), il me l'aurait dit. Donc il est parti au montage du dossier AGEFIPH parce que Mme SAMETH devait se renseigner auprès de la MDPH… le financement… Ce qui manquait, là. Ça, elle l'a fait. Elle m'avait envoyé un mail, d'ailleurs. Je ne me souviens plus ce qu'elle disait, mais, bon, on sentait que ça relevait de la MDPH.

[…] j'ai écrit mon compte rendu. Donc ça, ça veut dire qu'il trouve… Soit il le finance lui-même, soit l'AGEFIPH va demander une participation. Je ne sais pas comment ça va se régler. Donc c'est vrai qu'il y a cette partie-là. L'idée, c'est qu'il ait tout pour le mois de septembre puisqu'Octopus[57] arrive à cette date et, dernière chose, c'est… Si ça ne suffit pas, la mise en place des aides, les auxiliaires professionnels à envisager.
[…] Je pense qu'il a les billes en main pour faire une demande d'aide s'il y a besoin. Je n'arrive pas en fait à savoir trop s'il ne savait vraiment pas que ça existait… Ça m'étonne un peu… Tu vois… Je ne sais pas trop. Peut-être que moi, je me suis un peu emportée, on va dire... enfin… « emportée », c'est pas le terme.

(SUIVI - SERVADOM - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

4.4.2. La part des autres acteurs dans les décisions finales

Nous avons vu précédemment (dans le chapitre 8) que l'acceptation des aménagements par l'entreprise et par les collègues est une source de préoccupation pour l'ergonome. Mais il apparaît dans les interventions suivies que l'ergonome se préoccupe de l'acceptation d'autres acteurs : c'est le cas du chargé de mission SAMETH quand l'ergonome propose des aides relevant de leur champ d'action. La poursuite des actions de cet acteur interpelle l'ergonome, il recherche un relais pour la suite de l'épisode IME, la poursuite du sens de l'Action.

Surtout que je n'ai pas compris pourquoi là… enfin, bon, bref… Donc le revirement de Mme SAMETH sur… à la fin… Tu étais là à la réunion quand même où elle a… Elle a l'air beaucoup plus ouverte sur un certain nombre de choses, même sur des matériels qui, certes, compensaient le handicap mais n'avaient pas de lien direct avec l'activité. Et finalement elle a fait preuve assez d'ouverture. J'étais assez étonnée. Donc je me dis que le chemin est peut-être un peu fait pour lui pour, après, quand l'aménagement sera fait, voir s'il y a besoin d'une auxiliaire professionnelle en plus et/ou la Reconnaissance de la Lourdeur de Handicap. Je pense que, là, elle est plus ouverte. […] Après, je ne sais pas ce qu'elle fera. Peut-être que les vacances ne vont pas lui réussir. Bon, je pense que le médecin l'a entendu aussi. Enfin… elle, elle est tout à fait ouverte là-dessus. Donc si M. DOUED va la voir, je pense qu'elle pourra aussi jouer son rôle auprès du SAMETH.

(SUIVI - SERVADOM - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

En effet, l'ergonome n'est pas le seul professionnel en capacité d'action. Quand il analyse la situation dans sa globalité, il peut ressentir que sa position d'intervenant extérieur limite sa capacité d'intervention et la portée de son action.

---

[57] Octopus est un système de contrôle de l'environnement, utilisés dans cette intervention, pour l'informatique, la téléphonie et la domotique (ouverture de porte, éclairage, chauffage).

C.Q. : Est-ce que tu as pu identifier justement ce projet, le responsable de projet (le ou la) ? Et est-ce que, justement, dans cette intervention, c'est pas la gestion du dossier, la gestion de l'intervention qui a été source de difficultés pour toi ?
Ergonome : Alors le responsable de projet, pour moi, c'est Mme (chargé de mission handicap). Et c'est elle qui n'a peut-être pas les mains suffisamment – comme je disais au début – libres pour pouvoir obtenir, en gros, exiger que le projet peut continuer si la personne est là. Parce que nous, on est quand même extérieurs, donc on ne… On est responsables du projet dans le sens qu'on l'encadre, on lui donne, on sert de catalyseurs, de tuteurs pour certaines choses. On exige des certaines choses, on demande, on propose. Mais les autres sont plutôt en attente de ce qu'on va leur apporter puisque le reste des gens, c'est ou bien des gens en interne qui se connaissent entre eux et donc travaillent entre eux pour d'autres éléments. Puisqu'ils mettent en place le fait que c'est un extérieur qui va arriver, bon, c'est donc une compétence qui va fédérer d'autres personnes qui travaillent dans l'entreprise habituellement et donc on nous donne… C'est bizarre, on nous demande en gros de mener à bien un projet sans avoir complètement les mains complètement… les mains libres pour pouvoir permettre que ce projet soit mené à bien. C'est ça qui est un peu particulier dans notre action.
(SUIVI - RECRUTO, Ergo 5, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi)

C'est pour cette raison (comme nous l'avons vu précédemment) qu'il cherche des moyens de contourner cette délimitation initiale de sa propre action.

4.4.3. Le déroulement de l'intervention et la portée de l'action de l'ergonome

Les ergonomes ont peu de doute quant à leur réponse à la demande du prescripteur. Ils sont plutôt confiants sur ce point. Mais leur action va bien au- delà selon eux.

C.Q. : Est-ce que tu considères que cette intervention a répondu à tes attentes en tant qu'ergonome ? Et donc quels sont les critères de qualité de cette intervention pour qu'elle soit réussie finalement ?
Ergonome : Bon. La première chose, c'est que je pense que j'ai répondu à la demande initiale. Voilà. Donc j'ai fait passer les devis. Ils sont contents, etc. Ce que je reproche toujours un peu au compte rendu qu'on peut faire et à celui-là en particulier, c'est que je pense qu'on voit pas du tout, tout le cheminement et tout ce qu'il a fallu faire pour en arriver là. Je te parle pas des solutions techniques, mais du cheminement de M. CLOUNI.
(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Aussi, des doutes subsistent par rapport à la portée de leur action et aux modalités de mise en oeuvre de l'action en tant qu'ergonome. Ainsi la longueur de l'intervention est source de questionnement pour deux interventions différentes, réalisée par la même ergonome. La longueur peut être considérée de manière négative comme un défaut dans l'intervention, l'impression d'un manque de qualité, d'efficience voire comme une perte de temps, surtout lorsque l'ergonome n'en maîtrise pas réellement les raisons.

Alors… Ça commence bien… Je pense qu'au départ, c'était plutôt parti pour être simple… enfin… être simple… être technique et sans difficulté particulière parce qu'on avait les bons interlocuteurs pour résoudre les problèmes techniques. Donc, voilà, c'était plutôt parti… À mon avis, ça aurait pu se dérouler beaucoup plus rapidement. Ça s'est un peu complexifié à cause de… des fournisseurs qui ne répondaient pas… justement du matériel qu'on n'obtenait pas… enfin, des devis qu'on n'obtenait pas… et puis les relations avec le SAMETH sur les points qui étaient un petit peu en dehors du dossier, qui étaient la prise en charge des transports, voilà, sur lesquels il a fallu plus se battre…

(SUIVI - SERVADOM- Ergo 4, ergonome senior consultante, en début d'entretien de fin de suivi)

Mais cette même longueur d'intervention peut avoir son utilité. Elle est ainsi considérée comme une qualité permettant aux représentations d'évoluer.

Je suis contente que ça soit terminé. J'ai trouvé ça un peu long. Ça n'aurait pas dû être long comme ça, mais… Non, non, mais, finalement, c'était peut-être bien que ça soit long, parce que peut-être que Mme SAMETH, ça l'a fait évoluer parce que, moi, j'avais été tellement surprise de sa réaction en cours de réunion de finalisation que… voilà… Tant mieux. J'espère qu'elle restera dans le même état d'esprit. Voilà.

(SUIVI - SERVADOM- Ergo 4, ergonome senior consultante, en fin d'entretien de fin de suivi)

Ergonome : Je pense que c'est ce qu'il y avait de plus important. C'était de pouvoir… Que Monsieur CLOUNI ait suffisamment évolué pour que ça arrive. Et ça, par exemple, tu ne l'aurais pas eu dans une intervention à un mois. Tu vois, quand on parle en termes de délais, voilà.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Il espère aussi impulser une certaine dynamique qui ne va pas retomber.

C.Q. : Et est-ce que tu pourrais donner cette expression que tu utilises de temps en temps – « il est urgent d'attendre » – pour qualifier un peu cette intervention : attendre que le salarié modifie un peu sa représentation ?
Ergonome : Je pense que c'est fait. J'espère que ça ne va pas retomber.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

L'ergonome cherche à établir un équilibre au cours de l'intervention, qu'il espère pérenne. Au-delà de la demande d'intervention, il se fixe un objectif propre à partir de son analyse de la situation. Dans l'exemple suivant, cet objectif concerne l'acceptation du handicap :

C.Q. : Mais l'idée, par exemple, des arrêts de travail, tu avais déjà…?
Ergonome : Non. Je ne crois pas.
C.Q. : C'est spécifiquement pour cette intervention ?
Ergonome : Oui. D'ailleurs, je ne sais pas trop si ça marche.

Je pense que le principal, oui, il est plutôt dans l'acceptation du handicap aussi. Je pense qu'il a fait quand même un bon bout de chemin. Après, s'il y a une aggravation, des choses comme ça, ça va peut-être à nouveau retomber.

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

Concernant le déroulement de l'intervention, l'ergonome est un professionnel qui sait remettre en question sa pratique et reprendre la main et la conduite du projet de maintien dans l'emploi quand il perçoit des incohérences d'actions et une inefficacité.

Est-ce qu'avec Mme (chargée de mission Handicap), est-ce qu'il n'aurait pas fallu que je lui dise plus clairement, même si c'était peut-être en filigrane, « est-ce qu'on ne peut pas avoir une réunion avec le… » ? Dès que Mme Val a commencé à envoyer des mails et s'intégrer au projet, ça vaut peut-être le coup d'avoir une demi-journée où on se retrouve tous. On se dit on en est où, qu'est-ce qu'il faut, et que chacun dise ce qu'il peut faire. Donc, entre guillemets, « reprendre la casquette » vraiment du chef de projet même si on ne l'a pas réellement.

(SUIVI - RECRUTO, Ergo 5, ergonome consultante senior, lors de l'entretien de fin de suivi)

4.4.4. Les interactions vie personnelle - vie professionnelle, du rôle de l'ergonome

Comme nous avons vu précédemment, la vie personnelle et la vie professionnelle peuvent être étroitement liées pour le travailleur malade chronique, ce qui amène l'ergonome à s'interroger sur son rôle dans ce cadre :

C.Q. : Est-ce que tu as fait tout ce que tu aurais voulu dans cette intervention ? Parce que, tout à l'heure, tu me disais que tu n'avais pas vu tout, mais que ce n'était pas…
Ergonome : Sur la partie technique, je pense que ça n'a pas beaucoup d'importance. Après, je ne suis pas sûre que ça relève du rôle de l'ergonome parce que, justement – et je ne sais pas si ça relève du rôle de quelqu'un, d'ailleurs –, effectivement, quand on entend cette difficulté de la séparation de la vie privée et de la vie pro, etc., peut-être qu'il y a qu'un médecin qui pourrait aller le dire. Tu vois, il y a peut-être que… Moi, ça me posait un problème parce que j'imagine bien que, comme il est fatigable, ce n'est pas l'idéal. Mais, en même temps, pour l'instant, je pense qu'il y a personne qui pourrait le faire rentrer dans les clous. Donc, voilà… Qu'est-ce que j'aurais pu faire d'autre ? On peut certainement faire mieux, mais… […] Je pense réellement que ça leur a apporté quelque chose quand même. Donc, au moins, ça, c'est satisfaisant. Et je pense aussi surtout qu'ils auront le réflexe de refaire appel à nous s'il y a un problème, donc ce qui est pas mal aussi. Voilà. Après, c'est vrai qu'on n'a pas donné quinze jours d'intervention… Mais je ne sais pas si j'aurais fait…

(SUIVI - THEATRO - Ergo 4, ergonome senior consultante, lors de l'entretien de fin de suivi)

4.5. Synthèse conclusive

La recherche de dyschronies s'effectue dès l'abord de la situation par l'ergonome, après qu'il ait reçu les informations fournies par le demandeur, le chargé SAMETH et/ou le médecin du travail. La demande contient à la fois une demande explicite et la plupart du temps, une ou plusieurs demandes non formulées. Ces dernières apparaîtront au fil de l'intervention mettant en évidence un certain nombre de dyschronies que l'ergonome aura soin d'analyser. Tous les types de dyschronies peuvent s'observer :

- entre cadres temporels, délimités et relativement courts. L'exemple analysé, celui de l'intervention THEATRO, met en jeu l'épisode IME et la fenêtre d'intervention.

- Entre cadres temporels, délimités et relativement courts et temporalités longues, se situant cette fois-ci, entre l'histoire longue de l'entreprise (ou l'histoire longue du salarié) et l'épisode IME mais influençant aussi la fenêtre d'intervention.

- Entre temporalités longues : Dans ce cas particulier, cette dyschronie est très insidieuse et masquée. Elle met en cause l'histoire longue de l'entreprise et celle du salarié, avec comme enjeu la survie de l'entreprise.

L'observation de ces dyschronies est particulièrement importante pour l'élaboration de stratégies par l'ergonome ayant pour objectif le maintien dans l'emploi. A partir de notre exemple dans un théâtre de marionnettes, on peut observer qu'une demande initiale d'aménagement technique s'est transformée en étude organisationnelle puis en approche humaine de l'acceptation du handicap, avec des stratégies de recours à différents intervenants pour tenter de pérenniser les bénéfices de l'intervention. Dans cette quatrième partie, cette intervention a été analysée avec deux outils :

-un schéma d'action permettant d'appréhender le déroulement de l'intervention et au-delà, les questionnements, les préoccupations et les intentions de l'ergonome au cours de cette intervention.

-Un tableau recensant explicitement les entrants (éléments recherchés et explorés par l'ergonome), les moyens utilisés par ce dernier (leviers, stratégies, actions compte tenu des entrants) mais aussi les sortants de l'intervention (visées et objectifs).

L'analyse de la dynamique d'actions montre la richesse des stratégies mises en oeuvre par les ergonomes. Au travers de l'intervention, l'ergonome ne cesse de créer une construction collective de l'Action, en prenant soin de recombiner les dimensions temporelles entre elles, pour rendre possible la mise en œuvre des préconisations les plus abouties. L'élaboration des préconisations met en jeu la capacité de l'ergonome à remettre en question sa propre pratique, à gérer ses doutes et à discriminer l'importance respective des préconisations techniques, financières et organisationnelles.

Le pilotage subtil des dimensions temporelles nécessite d'anticiper et de prévoir les évolutions possibles de l'état de santé du salarié et du fonctionnement de l'entreprise, toujours dans le souci de rendre pérenne la situation de maintien dans l'emploi.

Chapitre 10 : Discussion - Limites et Perspectives de recherche

Dans cette partie, nous présenterons et discuterons les apports principaux de notre recherche, pouvant être résumés pour l'heure, au travers de cette phrase :

Soucieux d'impulser une démarche se prolongeant au-delà de sa propre intervention, pour un maintien dans l'emploi durable des salariés malades chroniques, l'ergonome met en œuvre un pilotage dynamique et subtil des dimensions temporelles de cet objet de travail multidimensionnel, afin de promouvoir entre elles des articulations efficientes et éviter les disjonctions.

La pratique de l'ergonome étant étudiée ici dans un cadre spécifique, des apports généraux de notre recherche seront proposés. Sans oublier ses limites, nous suggérerons les prolongements possibles à cette recherche suivant plusieurs niveaux : micro, méso et macro.

1. Apports de la recherche

1.1. Apports directs de la recherche

1.1.1. Un respect de la prescription mais aussi un dépassement utile pour le maintien dans l'emploi :

Pour définir la fenêtre de l'intervention, examinons dans un premier temps les prescriptions du travail de l'ergonome, en empruntant la typologie de Six (1999,2002) : descendante et remontante.

La prescription "descendante" de l'action de l'ergonome, issue des exigences des financeurs des interventions et de leurs propres prescripteurs, se définit principalement par deux versants : le temps alloué à son action (empan temporel et volume d'intervention, nombre de jours), mais aussi le principe de compensation du handicap, souvent technique. Il existe une deuxième source de prescription descendante, plutôt sous-jacente : les cadres et des délais fixés juridiquement et réglementairement, issus des Codes du travail et de la Sécurité Sociale.

La prescription "remontante" (Six, 1999,2002) est, elle, "issue de la matière, du vivant, du subjectif, du social". Ainsi, elle émerge des règles de métier et des valeurs d'un collectif, ici de l'équipe à laquelle appartient l'ergonome, de ses propres valeurs (Daniellou, 1992), de son engagement dans le projet (avec la notion « d'auto-prescription », Thibault, 2002), des relations avec les parties prenantes de l'épisode IME. La prescription "remontante" provient également d'une pression implicite du salarié : celui-ci souffre du fait de sa maladie, du fait

aussi de ne pas pouvoir travailler, il est impatient de retrouver un équilibre par le maintien de son emploi pérenne. Prend place ici le souci que crée l'imprévisibilité des évolutions de santé de ce salarié ayant une PCE. Un autre versant de cette prescription, enfin, est le rythme déjà engagé lors de l'épisode IME, auquel l'ergonome se soumet, s'il le juge efficient pour l'Action globale pour le maintien dans l'emploi.

Le travail est dès lors la confrontation à diverses sources de prescription, l'obligation permanente d'arbitrage quant à celles qu'on n'intégrera pas (Six, 2002).L'ergonome effectue sa propre prescription, il émet des exigences vis-à-vis du déroulé de son intervention, se fixe des objectifs, pour partie temporels, comme nous avons pu le voir dans cette recherche. Par ailleurs, travailler, c'est toujours trier entre des prescriptions, les pondérer, les remettre en perspectives.

L'intervention de l'ergonome, son rythme, sont conditionnés par ces deux types de prescriptions. Il arbitre entre les deux. Il cherche à tenir une action affichée dans les délais qu'on lui impose (cf. Chapitre 8 partie 1) mais il veut également que l'Action globale aille au-delà de sa propre intervention, et cherche à créer les conditions qui le permettront.

Dans cet empan temporel qui lui est dédié, il "est là", où et quand ça se passe, pour rendre possible qu'autre chose se passe". Notre recherche contribue à montrer ce régime de présence (Hubault, 2007) : présence d'esprit et présence physique. Pour gérer au mieux sa fenêtre, l'ergonome met en œuvre une dynamique forte d'actions et d'échanges, comme nous l'évoquions dans notre première hypothèse. Il contacte, ou essaie de contacter, une multitude d'acteurs, qu'ils soient ou non agissants au préalable dans l'épisode IME (Chapitre 8 - partie 2.1). Si ce n'est pas le cas, il les recrute, mais suivant sa perception de leurs apports possibles à son intervention et au processus "Maintien dans l'emploi". (Chapitre 9 - partie 1.2.1.). Réunir des acteurs, notamment ceux de l'entreprise, qui n'ont pas l'habitude de telles rencontres, mais ont tous un impact sur le "maintien dans l'emploi" modifie ou perturbe temporairement la structure sociale au sein de l'entreprise concernée. Cela présente l'avantage de permettre "l'inscription du changement organisationnel dans le long terme" (Coutarel et Petit, 2009).

L'ergonome cherche à gérer son temps d'intervention, comme "une composante gérable et exploitable, une ressource" au travers des trois composantes du temps, définies par Gasparini (1998) :

- le *rythme* : il subit des décalages de rendez-vous, comme nous l'avons montré (Chapitre 8 - partie 3.1.), ce qui peut fortement influencer le déroulé de son intervention, de par la nature de l'étape d'intervention décalée et l'importance des dérives. Pour l'intervention, il cherche des moyens pour compenser ces décalages, en accélérant le déroulé de l'intervention. Il gère aussi les attentes qu'il subit, issues de défauts de réponse, de recherches d'aides techniques, d'une évolution de l'état de

santé du salarié avec des relances, la recherche de nouveaux interlocuteurs… (chapitre 8 - parties 3.2. et 3.3.).

- la *distribution temporelle* : en fonction des aléas de l'intervention, l'ergonome recombine les phases d'interventions prévues initialement, en substituant des étapes l'une à l'autre, sans forcément augmenter le volume de l'intervention, suivant les situations (chapitre 8 - partie 2.3.).
- la *durée* : il tient à respecter les délais, à agir le plus rapidement, le plus efficacement possible. Pour cela, il supervise, il essaie de contrôler cet objet multidimensionnel avec ses multiples contingences. Il vise à tenir les délais pour le salarié, pour éviter tout enlisement de la situation, pour saisir et respecter la dynamique impulsée par d'autres, tels que le chargé SAMETH ou le médecin du travail (chapitre 9 - partie 1.1.1.)

Nous avons constaté que ces interventions sont foisonnantes d'efforts, de démarches, pour partie avec des interactions à distance, par téléphone, par mails. Une partie du travail de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi s'effectue par un temps de suivi, hors entreprise, en "télétravail" (chapitre 8 - partie 2.2.) pour informer, organiser, prévenir, vérifier, créer de l'engagement dans l'action auprès des autres parties-prenantes de l'intervention et de l'épisode IME. Comme il ne dispose pas de vue directe sur le processus, ici l'épisode IME, il doit se constituer une représentation mentale de son déroulé passé, présent et futur (Sperandio, 1984), afin de pouvoir piloter de près ou de loin ce processus lui-même, mais surtout l'environnement dynamique qu'il constitue.

L'ergonome supervise, vérifie, se construit un modèle mental du processus "Maintien dans l'emploi", en particulier pour l'épisode IME, mais il essaie aussi d'agir dessus. Cela rejoint la caractérisation des représentations pour l'action. Ces dernières impulsent des stratégies d'intervention sur le réel. Elles ne peuvent pas être considérées comme une simple "extraction" des données objectives pertinentes mais bien comme une réinterprétation par l'opérateur, qui dépend de la finalité qu'il poursuit, de ses caractéristiques professionnelles et personnelles (Weill-Fassina, 1993, p.241).

A travers la supervision de l'épisode IME, l'ergonome recherche le « déclencheur » de l'épisode IME, le moment où la situation est devenue incontrôlable, ingérable par l'entreprise seule. Mais il vérifie aussi :

- l'instruction administrative du dossier du salarié au niveau de la sécurité sociale, de la MDPH, de la médecine du travail, avec les différents statuts que peut avoir le salarié (cf. Chapitre 2 - 2.1) selon les situations (chapitre 9 - partie 1.1.2.). Il doit maîtriser tous les statuts, définis aussi bien par le Code du Travail que par le Code de la Sécurité Sociale, que peut prendre le salarié concerné. Pour désigner l'ensemble de ces statuts possibles, Maggi-Germain (2002) parle même de "grosse mécanique juridique", derrière laquelle l'individu a tendance à s'effacer. La compréhension de ces statuts est peut-être rendue encore plus complexe par la survenue éventuelle de

"liminalités" (Calvez, 2000), c'est-à-dire des moments où l'individu a perdu un premier statut et n'a pas encore accédé à un second ; il se retrouve alors dans une situation intermédiaire et flotte entre deux états.
En particulier pour le temps partiel thérapeutique, connaître la date potentielle de reprise à temps lui permet de déterminer le temps dont il dispose pour agir (Chapitre 9 - partie 1.3.2).

- la réelle implication et l'engagement de l'entreprise vis-à-vis du salarié (chapitre 9 - partie 1.1.3.), avec les aménagements déjà mis en place, l'implication d'un acteur essentiel, le responsable direct, amené à réaliser les régulations quotidiennes. L'histoire commune du salarié et de l'entreprise est ainsi investiguée.
- Les actions ou tentatives d'action que mettent en œuvre, d'une part le médecin du travail, les chargés de mission SAMETH ou autres, les acteurs externes à l'entreprise, mais spécialisés dans le "maintien dans l'emploi", et d'autre part l'entreprise (Chapitre 9 - partie 1.2.3.). Nous avons montré dans cette recherche que les modalités de déroulement de l'intervention sont fortement influencées par les initiatives antérieures et des aménagements plus ou moins efficaces (Chapitre 8 - partie 5.2.1.). Ceci justifie également l'intérêt de l'ergonome à superviser l'épisode IME.

Au-delà de la supervision, l'ergonome n'hésite pas à s'approprier un sujet, ne relevant pas directement de son champ d'action initial. Il le porte au fil de son intervention jusqu'à obtenir une perspective ou une volonté d'action considérée comme satisfaisante au regard de ce qu'il cherchait à obtenir (Chapitre 9 - partie 1.3.4).

1.1.2. Construction collective de l'Action

L'action de l'ergonome est prédéterminée par une équipe déjà constituée lors de l'épisode IME. Ainsi lors des phases préliminaires de l'intervention, l'ergonome prend connaissance "de la représentation que les acteurs de l'établissement se font du problème ou de la situation qui justifie l'intervention" (Saint-Vincent, Vézina et al., 2011). Dans un premier temps, il fait appel à la mémoire collective de ces parties prenantes. La mémoire est définie par Halbwachs (1950) comme "une reconstruction du passé faite en fonction du présent", parfois altérée. En conséquence, l'ergonome interroge plusieurs personnes sur les mêmes sujets pour obtenir une représentation au plus juste de la situation (chapitre 9 - partie 1.2.2.). Il crée du lien avec chacun, respecte leur action antérieure mais les amène aussi à agir différemment ou complémentairement à ce qu'ils ont déjà fait. Dans un souci d'efficience, en lien avec sa fenêtre d'action cadrée, il est amené à sélectionner les acteurs pertinents à son sens et efficaces pour le maintien dans l'emploi (chapitre 9 - partie 1.2.1), en évaluant leur action (Lancry-Hoestlandt, 2004).

Mais son objectif à terme est de créer une dynamique d'action de façon telle qu'elle se poursuive au-delà de sa fenêtre d'intervention, avec une démarche commune, la recherche d'un consensus (Chapitre 9 - partie 1.1.4.). Dans le maintien dans l'emploi de salarié malade

chronique, cette nécessité de mise en cohérence des actions menées et l'élaboration d'un langage commun ont d'ailleurs été mises en évidence par Baradat et al. (2008).

Pour que cette construction collective soit possible, l'ergonome travaille l'implication des acteurs, leurs représentations de la maladie, du handicap et des solutions possibles. Il leur fait part de sa "conviction que quelque chose est possible" (Daniellou, 2002). Pour cela, il développe une activité pédagogique, progressive, faite de répétitions, où la patience est le maitre mot dans un premier temps. Mais il vise à terme une posture plus active de chacun des acteurs, pour les rendre capables d'intervenir en situation de travail et favoriser leur développement personnel, la transmission de valeurs ou le développement d'une culture spécifique (Dugué, Petit et Daniellou, 2010) au maintien dans l'emploi, moins guidée par les émotions en lien avec la gravité de la maladie chronique mais davantage sur l'objectivité et le possible. C'est une façon pour lui de dépasser cette "fameuse" fenêtre d'intervention.

Une autre façon de la dépasser est de laisser des traces exploitables après son départ (un écrit dans un compte-rendu faisant office de mémoire par exemple), et des alertes auprès d'un interlocuteur choisi par ses soins, s'étant révélé comme une ressource pour l'intervention de l'ergonome ou ayant suffisamment évolué au cours de cette dernière pour prendre le relais des points abordés (Chapitre 9 - Partie 1.3.3.). Le chargé de mission SAMETH et le responsable direct sont ses relais les plus fréquents sur les points particuliers soulevés par l'intervention.

Mais parfois, voire souvent, il doit convaincre le salarié de lui parler de ses difficultés, le persuader qu'il a une place centrale dans le processus "maintien dans l'emploi" et qu'il est possible de vivre et de travailler avec sa maladie chronique. Tel que le définit Isabelle Ville (2010), le handicap est appréhendé comme une épreuve que l'on peut travailler de manière réflexive, dont on peut « tirer des leçons », apprendre sur soi-même, sur les valeurs de l'existence, et dont on peut sortir grandi. Les phases d'essais sont des moments privilégiés de l'intervention permettant de montrer du possible et de mieux comprendre la situation du salarié "sans en avoir l'air" (chapitre 9 - partie 2.2.). Pour agir sur la représentation de la maladie, l'ergonome tient compte des différents temps de toute maladie chronique, spécifiés par Grimaldi (2006) : temps de rupture, temps du deuil de la vie antérieure, temps compté, temps de la prévention et temps du changement. Il conditionne son action en fonction de sa compréhension de ces représentations : acceptation, rejet, déni…."Sont-ils prêts ?". Il estime parfois "urgent d'attendre" pour agir, pour que ce travail de représentation fasse son chemin (Chapitre 9 - partie 2.3.). Ce dernier point marque la dynamique progressive de l'intervention, faite de phases d'attentes volontaires, de relances et d'impulsions nécessaires à l'acceptation de l'action pour le salarié mais aussi pour les autres acteurs.

1.1.3. L'environnement du maintien dans l'emploi : l'histoire de l'entreprise

L'objet de l'intervention de l'ergonome consultant pourrait laisser penser à un parti pris pour le salarié, au détriment de l'entreprise. Notre recherche a démontré qu'il n'en va pas ainsi.

En effet, l'ergonome a développé une approche rapide (du fait de sa fenêtre), mais néanmoins précise et fouillée, de la vie de l'entreprise, de son histoire, de son organisation (des liens fonctionnels, hiérarchiques à l'organisation du travail) et du collectif de travail (chapitre 9 - 3.2. et 3.3.) et en conséquence, les possibilités de socialisation organisationnelle (Lacaze, 2007).

Se sachant de passage, "appelé" sur un projet, sur une thématique donnée (Doppler et Lapeyrière, 1998), pour que l'intervention ne soit pas seulement une parenthèse mais un début d'autre chose, l'un de ses objectifs est de travailler au plus près des décideurs. Le pouvoir décisionnel a été défini comme essentiel au projet de maintien dans l'emploi, pour éviter tout affaiblissement au cours du temps (Kerroumi, 2007). Plusieurs raisons de travail avec les décideurs coexistent : reconfigurer la structure de réflexion de l'entreprise, donner du sens à leurs actions (Barel et Frémeaux, 2010), leur fournir une sorte de méthodologie, des réflexes, redonner de la rationalité dans la conception de l'organisation du travail, aux manageurs de proximité souvent décontenancés par leurs représentations du handicap (Kerroumi, 2007).

Il appréhende notamment l'ambiance actuelle de l'entreprise, cherche à connaître ses projets (chapitre 9 - partie 3.1) pour s'en saisir (chapitre 9 - 3.4.1). Il essaye de s'intégrer autant que possible à l'entreprise pour avoir toutes les informations nécessaires, dégager des marges de manœuvre, toujours dans l'optique du maintien dans l'emploi.

L'appréciation des possibilités d'action se réalise aussi au travers de l'examen des possibilités financières (chapitre 9 - partie 3.4.3.). Par cela et au-delà, l'ergonome se préoccupe de la performance, du "bon" fonctionnement, de la survie de l'entreprise (chapitre 9 - partie 3.4.4.). Il va même jusqu'à proposer des dispositifs dans ce sens.

1.1.4. Un intérêt affirmé pour les dimensions temporelles et leur conjonction

Nous avons vu précédemment que l'ergonome cherche à dépasser sa fenêtre d'intervention pour rendre plus efficace son action, et en conséquence, l'Action globale pour le maintien dans l'emploi. Cela relève de deux objectifs : promouvoir une équation temporelle dite positive (Grossin, 1995), acceptable, tenable pour le salarié concerné, et redonner des possibilités de fusion entre l'histoire de l'entreprise et celle du salarié ; par cela, éviter la disjonction totale (Pourtau, Dumas et Amiel, 2011).

Le terme d'équation temporelle suggère que "l'état interne changeant pourrait trouver correspondance et satisfaction dans un agencement temporel externe qui lui convienne." (p.125). La qualité la plus élémentaire d'une équation temporelle est de donner à la personne le sentiment de son existence. Rien n'est plus vrai pour le parcours professionnel d'un salarié dont l'état de santé fluctue.

Par le diagnostic progressif de la situation du salarié malade (chapitre 9 - partie 2.1.), que notre recherche a fait émerger, l'ergonome s'intéresse :

- à l'orientation temporelle, avec des questionnements sur la vie hors travail, la vie quotidienne et l'influence de la maladie sur cette dernière.

- aux horizons temporels, passé et futur, avec ce qu'évoque le salarié de son passé, de l'origine de ses difficultés de santé et professionnelles, et les possibilités professionnelles dans l'entreprise mais aussi ses projets. Cela rejoint la trajectoire et le cheminement, définis par Baril, Martin, Lapointe et Massicotte (1994), dans le processus de retour au travail, suite à une lésion d'origine professionnelle ;

- à la disponibilité, avec l'ouverture des temps de la personne aux temps d'autrui, de son entreprise, de ses collègues mais aussi relatifs aux temps des intervenants de l'épisode IME ;

- à la gestion temporelle des temps à disposition du salarié concerné : le temps de travail, le temps de gestion de sa santé…En d'autres termes, cela peut correspondre au rendement occupationnel de Law et al. (1996) mais aussi au métier de "patient", au travail de malade, mis en évidence par Birmelé, Lemoine, Le Christ et Choutet (2008), avec ses obligations.

- à la création temporelle. L'ergonome s'intéresse moins à cette dernière dimension, sauf si ces temps à soi, de loisir, interfèrent sur le travail ou lui donnent des indications sur les capacités du salarié.

L'ergonome a développé pour cela une approche du maintien dans l'emploi de salarié malade chronique alliant discrétion et subtilité, intégrant une gestion d'informations d'ordre médical, relatives à la gestion de la maladie, aux difficultés professionnelles.

Le deuxième objectif est guidé par l'identification des dyschronies (Alter, 2003) et par la promotion des synchronies des histoires longues et des cadres temporels

L'ergonome ne cesse de rechercher des incohérences, il récolte tous les indices possibles en ce sens et comme nous l'avons vu précédemment, il cherche à avoir prise sur chacune des dimensions temporelles impliquées, par une construction progressive de représentations, l'élaboration de stratégies d'actions et la mise en œuvre d'actions, impulsée par l'identification de leviers disponibles, ce qui confirme notre deuxième hypothèse de recherche.

Pour identifier une dyschronie, l'ergonome recherche ce qui n'est pas réalisable, ce qui n'est pas raisonnable (au regard de la notion d'aménagement raisonnable, spécifiée par la loi de 2005), ce qui relève d'incohérences et d'un manque de viabilité du projet (chapitre 9 - partie 4.1.), comme des investissements humains et financiers pour l'aménagement de la situation du salarié malade chronique dépassant les possibilités effectives de l'entreprise, ou encore une gestion de la maladie incompatible avec l'organisation temporelle de son travail. Les dyschronies peuvent être visibles ou insidieuses, masquées, nécessitant une réelle investigation au cours de l'intervention (chapitre 9 - partie 4.2.).

Afin de promouvoir des synchronies, de les favoriser, l'ergonome examine une, plusieurs ou l'ensemble des dimensions temporelles à chaque étape de son intervention. Il fait de même pour chacune des thématiques relevant d'entrants de l'intervention (chapitre 9 - partie 4.2.). Il cherche ainsi à faire se rejoindre les dimensions temporelles disjointes, en proposant un fonctionnement ultérieur salarié-entreprise efficace et fiable. Pour faire se combiner les dimensions temporelles, il choisit le moment, les interlocuteurs pour réaliser ses propositions de solutions, avec de multiples précautions verbales. La présentation du diagnostic (quand elle a lieu) est un moment privilégié de combinaisons des dimensions temporelles : l'ergonome "abat toutes ses cartes" avec l'ensemble des acteurs en capacité de décision mais pouvant être aussi une aide pour convaincre.

La relation qu'il entretient avec chacun des acteurs, sa façon de gérer leurs absences, l'implication des acteurs nécessaires au bon moment, l'impulsion dans la prise de leurs décisions, des possibilités de réflexions orientées, guidées la diffusion modérée et réfléchie des informations à sa disposition, sont autant de stratégies (chapitre 9 - parties 4.3.1. et 4.3.2.) ayant pour objectif les combinaisons des dimensions temporelles, et l'action ultérieure adaptée et adaptable au regard des évolutions possibles (du travail, de la maladie).

A ce propos, les notions de capabilités (Sen, 1999, 2012) et d'environnements capacitants (Falzon, 2013) traversent à plusieurs reprises notre cadre théorique. Or l'ergonome en cherchant à combiner les différentes dimensions temporelles tel qu'il le fait, ne vise-t-il pas une démarche et une situation où le développement est possible, pour l'entreprise, pour le salarié et pas seulement la compensation "traditionnelle" du handicap ? C'est aussi une façon de dépasser sa fenêtre d'intervention préalablement définie.

Mais l'efficacité de son intervention pour le maintien dans l'emploi ne dépend pas seulement de son action : il propose, les autres acteurs disposent. Ce qui se traduit chez cet ergonome consultant par des doutes pour la suite, sur la mise en œuvre des aménagements proposés, sur les décisions finales.

1.2. Apports généraux de la recherche

1.2.1. Un transfert de l'approche par les dimensions temporelles à d'autres types d'interventions

L'étude de l'intervention ergonomique dans le champ du maintien dans l'emploi de malades chroniques permet de comprendre des éléments sur les jeux temporels mis en œuvre par l'ergonome, la prévention des dyschronies et la promotion des synchronies. Ces apports peuvent dans une certaine mesure être généralisables pour d'autres types d'interventions, ayant un objet tout autre : les risques professionnels, les facteurs psychosociaux de risques, l'usure professionnelle, la pénibilité… Les recherches sur ces thématiques, sur la pratique de l'ergonome, mais aussi les interventions ergonomiques, pourraient intégrer une analyse par les temporalités. Cette dernière permettrait à la fois :

- de comprendre l'origine des situations problématiques, les actions engagées en vue de la prévention de ces différents risques ;
- de proposer des perspectives d'actions situées, efficaces, tirant des leçons du passé mais aussi innovantes par la recherche des conjonctions de différentes histoires, intégrant le passé, le présent et le futur.

Cela constitue une voie supplémentaire de compréhension pour l'ergonome. Les histoires investiguées pourraient être celles du collectif, de l'évolution de l'organisation du travail, des individus impliqués avec leurs parcours dans l'entreprise et hors entreprise, du fonctionnement managérial…

1.2.2. Une dynamique d'intervention appréhendée par un tryptique de familles de méthodologie

Au niveau méthodologique, le tryptique de recueils de données mis en œuvre (autoanalyse d'interventions, simulations d'interventions et suivis d'autres ergonomes) permet à notre avis une analyse précise de la pratique de l'ergonome, de sa dynamique, avec une part d'introspectif. Les lacunes de chacune sont compensées par les avantages des autres : l'approche écologique de l'une par rapport à l'approche plus expérimentale de l'autre, l'approche subjective par rapport une approche ancrée au plus près du réel… Pour la recherche sur la pratique de l'ergonome, Petit, Querelle et Daniellou (2007) alertent sur la nécessité d'obtenir des « données d'époque », cela a été un de nos points d'attentions majeurs lors d'établissement de notre méthodologie.

L'essai de ces trois manières différentes d'analyser l'activité de l'ergonome, de façon parallèle, permet d'une part de comprendre le déroulement de l'intervention, ses aléas, les difficultés de l'ergonome, d'autre part d'appréhender son canevas d'exploration, les différentes questions qu'il pose ou se pose, ses éléments de diagnostic, et enfin de saisir les aspects contingents des situations pour lesquelles il intervient, sur lesquels il réfléchit et tente d'agir. Appréhender l'évolution de la représentation de chaque dimension temporelle, de l'ergonome au fil de l'intervention, l'émergence de ses stratégies, ses hypothèses en lien avec cette représentation, a été au cœur de nos investigations.

Par la réalisation d'échéanciers, de calendriers d'intervention, de schémas d'action, et d'un tableau des entrants/sortants de l'intervention et des moyens utilisés par l'ergonome, les moyens choisis pour réaliser les analyses correspondant à ces données sont moins classiques que l'analyse thématique. Ils ont l'intérêt de permettre des représentations schématiques mais à notre avis fidèles, facilitant la compréhension de la complexité de l'intervention ergonomique.

Sur ces bases, l'ensemble de cette méthodologie pourrait sans doute s'appliquer à l'analyse de l'activité d'autres professions.

2. Limites de la recherche

2.1.1. Une approche de l'intervention, uniquement dans la fenêtre ?

Une limite notable de cette recherche est la compréhension de l'intervention exclusivement dans la fenêtre d'intervention. Ce projet de recherche, tel qu'il avait été présenté initialement à l'ANRT spécifiait d'ailleurs une autre phase d'investigation et de recueils de données : *"Des observations sur l'intégralité d'un poste de travail et des entretiens à 3 et 6 mois après l'aménagement permettront d'évaluer les apports et limites des aménagements réalisés."* Le projet envisageait la réalisation d'un diagnostic de la qualité de vie au travail sous les regards croisés du salarié concerné, de ses collègues et de son encadrement, avec l'idée que l'observation à 6 mois permettrait notamment "*d'identifier les besoins éventuels d'évolutions et de correction de l'aménagement mis en oeuvre initialement.*"

Au-delà d'un examen plus précis des effets des aménagements proposés par l'intervention et de ceux réellement mis en place, cette phase devait permettre d'évaluer l'intervention ergonomique, son impact pour le maintien dans l'emploi. Un travail de cet ordre a déjà été initié par Hilaire, Schmoor et Calmelet (1999), avec une méthode quantitative, par questionnaires. Eux-mêmes jugeaient cette méthode insuffisante si elle est mise en œuvre seule et suggéraient une approche qualitative pour cela. Cela constitue une perspective de recherche intéressante et dans la continuité de cette thèse.

2.1.2. Les dimensions temporelles "macro" du maintien dans l'emploi, non encore investiguées ?

Par cette recherche, nous avons investigué les temporalités dites micro et méso (en nous référant à la catégorisation des dimensions temporelles du processus "Maintien dans l'emploi", à partir de celles de Grossin (1996) et de Roquet (2013)). Mais qu'en est-il des dimensions temporelles "macro", des politiques publiques et législations portant sur le handicap, la maladie chronique et la santé au travail, leurs interdépendances ou leurs logiques contradictoires pouvant créer des dyschronies avec les temporalités micro et méso, préjudiciables au maintien dans l'emploi ? Nous avons pu seulement l'effleurer avec la pratique de l'ergonome. Il convient de réaliser une lecture critique des dispositifs, de leur organisation, et des réformes en cours, notamment la réforme récente de la médecine du travail, vis-à-vis de l'approche "terrain" des ergonomes. Il s'agit encore d'une perspective de recherche intéressante à creuser.

2.1.3. La dimension temporelle de la chercheuse

Au niveau méthodologique, le mode de recueil de données a été limité par ma propre « dimension temporelle », liée à mon emploi du temps de consultante, ma propre charge de travail influençant le remplissage des journaux de bord des 22 interventions réalisées et les temps de rencontre avec les uns ou les autres, notamment les ergonomes suivis.

3. Perspectives des recherches et d'actions

Au-delà des perspectives évoquées à partir de limites, nous proposons plusieurs perspectives de recherche et d'actions, articulées suivant la catégorisation des dimensions temporelles que l'on vient d'évoquer : micro, méso et macro

3.1. Au niveau micro

L'attention apportée au maintien et au retour à l'emploi dans cette recherche porte principalement sur l'action et le regard de l'ergonome. Il serait intéressant et utile d'investiguer les stratégies mises en œuvre par les salariés eux-mêmes dans ces situations, en examinant davantage les modalités de régulation et de compensation mises en œuvre par les travailleurs malades chroniques dans le travail, dans l'univers professionnel, avec le collectif de travail. Ceci ouvre sur la notion déjà évoquée de patient expert (Holm, 2005) et du "métier" de patient (Birmelé et al., 2008). Nous proposons d'étudier précisément comment le salarié malade parvient à gérer deux activités dites "professionnelles" ayant potentiellement des exigences contradictoires, aussi bien sur le lieu de travail que dans sa vie privée.

3.2. Au niveau méso

3.2.1. L'activité de conseil des chargés de mission SAMETH

Le même type de recherche avec une approche par les dimensions temporelles du maintien dans l'emploi pourrait être réalisé auprès des chargés de mission SAMETH. Ces professionnels, souvent négociateurs auprès de l'entreprise, sans formation commune (psychologie, ergonomie, ressources humaines, droit social) sont des coordonnateurs du retour au travail mobilisant de nombreux champs de compétences affichés : ressources humaines, droit, administration… L'étude de leurs stratégies et de leurs modes de réflexion serait tout aussi intéressante à réaliser.

Il est aussi possible d'analyser l'activité des SAMETH, comme une activité de conseil au sens de Valléry, Cerf, Leduc et Compagnon (2005) : le conseil est une activité dans laquelle un prestataire met temporairement à la disposition d'un bénéficiaire ses compétences pour l'aider à prendre des décisions (notion de conseil au sens strict) ou à conduire des actions (notion d'accompagnement). Le lien SAMETH - ergonome pourrait être investigué plus en détail, car chacun dispose d'un pan de l'histoire et partage la supervision du processus "maintien dans l'emploi", mais aussi pour voir les apports mutuels et différents, de l'intervention conseil du chargé SAMETH et de l'intervention ergonomique de l'ergonome consultant. Cela a été envisagé au cours de notre recherche mais cette perspective de recherche reste encore d'actualité.

3.2.2. Des nouveaux modes d'actions pour les ergonomes

Plus généralement cette recherche nous amène à penser le maintien des travailleurs malades chroniques en des termes renouvelés, par le biais des temporalités, à ouvrir des nouveaux modes d'action, avec implication d'autres acteurs, à saisir des nouvelles niches

d'actions, des modes de financements pour agir en amont, avant que les situations ne deviennent tellement complexes qu'il devient difficile d'avoir un champ d'action opérationnel et efficace.

En complément de la démarche évaluative de l'intervention de l'ergonome, et du suivi de son intervention pour une situation donnée, proposée précédemment, une démarche proactive pourrait être expérimentée. L'ergonome consultant est sollicité assez tardivement, quand la situation s'est parfois déjà enlisée, avec de multiples incompréhensions et lorsque personne n'entrevoit de solutions. Une démarche proactive ne serait-elle pas nécessaire, avec une intervention progressive de l'ergonome ?

Nous appréhendons trois types de structures où cette démarche pourrait être mise en œuvre :

- Les structures de soins au sein desquelles les pathologies sévères et/ou chroniques sont révélées à leurs porteurs. Sur le modèle de ce qui a été mis en place par 42 établissements de médecine physique et de réadaptation en France : unité d'insertion socioprofessionnelle COMETE[58], nous suggérons que toutes les structures de soins de quelque importance, se dotent de structures similaires, intégrant systématiquement un ergonome, au service des malades dans l'optique d'une prise en charge précoce du risque de désinsertion professionnelle. Ceci permettrait d'étendre à l'ensemble des maladies chroniques ce que COMETE met en œuvre pour les déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes.
- Les associations de malades chroniques, par leurs connaissances des salariés atteints et des conséquences à long terme des affections.
- Les organismes de prévoyance. Lorsque ces organismes fournissent une prévoyance complémentaire en complément d'une pension d'invalidité, une réduction du temps de travail est souvent associée, engageant progressivement (souvent) le salarié vers la sortie (définitive) du travail. L'ergonome n'a-t-il pas un rôle à jouer avec l'ensemble des parties prenantes habituelles pour examiner les possibilités d'aménagements, techniques, organisationnelles et/ou collectives ? Une action en amont ne peut-elle pas trouver sa place dans la pratique de l'ergonome et ainsi être développée dans ce sens ?

Ceci serait également une manière " d'ouvrir la fenêtre d'intervention " de l'ergonome, et d'élargir son champ d'action.

3.2.3. Un cadrage d'intervention à négocier

Les conditions de cadrage de cette fenêtre d'intervention sont ainsi à examiner, notamment la façon de mobiliser l'ergonome par appels à projet et son empan temporel.

---

[58] www.cometefrance.com

- Pour les malades chroniques particulièrement, les difficultés émergent progressivement. La variabilité est ce qui qualifie ces maladies et en conséquence l'émergence de difficultés "évolutives" dans le monde professionnel. Dans ce travail de recherche, nous avons pu montrer que le travail de l'ergonome tend à créer une situation stable, faite de compromis, d'ajustements entre le salarié et son entreprise. Cette situation se pérennise au mieux et les différentes parties prenantes parviennent à prendre la main. Mais ce n'est pas toujours le cas, un grain de sable peut perturber cet équilibre établi : une évolution de l'état de santé, un arrêt de travail, une modification de l'organisation du travail, un changement de responsable… Ne serait-il pas plus simple que l'ergonome qui a réalisé la première intervention, qui a établi un lien de confiance avec la plupart des interlocuteurs, qui dispose de l'histoire de la situation, prenne en charge cette nouvelle intervention, pour ce même salarié ? Nous avons eu la chance de mener notre recherche dans une structure mandatée depuis de nombreuses années par l'AGEFIPH où des collègues avaient la possibilité de revenir sur une situation de travail : nous avons constaté qu'ils gagnaient alors en efficience. Le fonctionnement actuel de mobilisation des ergonomes, par appel à projet, tous les 3 ans, comporte un risque évident de rupture des suivis possibles. Une solution pourrait être de prolonger la durée contractuelle.

- Nous avons vu dans cette recherche que la durée d'intervention est rarement inférieure à un mois, délai prescrit par le cahier des charges AGEFIPH pour la remise du rapport d'intervention et approche ou dépasse les 6 mois, période de validité maximale de la prescription de l'intervention ergonomique. Nous constatons aussi que les perturbations sont nombreuses et pas toujours du fait de l'ergonome : certaines attentes sont subies par cet intervenant mais d'autres sont nécessaires, prévues par lui, car il intervient auprès d'humains ayant besoin de réflexion pour décider ou accepter. Le cheminement vis-à-vis de la maladie est une de ces raisons. Un maintien dans l'emploi se construit dans la durée si l'on souhaite qu'il soit durable. Au regard de ces éléments, le délai d'un mois, fixé par le cahier des charges AGEFIPH, depuis 2012, semble clairement insuffisant. En revanche, six mois pourraient être un délai plus acceptable. Encore faudrait-il qu'il puisse être modulé facilement, en fonction de la situation, par une évaluation conjointe Ergonome - Prescripteur.

- Cette période de prescription définie administrativement a un deuxième revers : les travailleurs malades chroniques peuvent avoir des arrêts de travail de longue durée. L'intervention ergonomique s'engage, l'arrêt de travail survient, se prolonge, avec une durée supérieure à 6 mois. Qu'en est-il de l'intervention de l'ergonome, de l'action engagée ? Elle s'interrompt de manière administrative, pour des questions de délais de prescription. L'ergonome n'est plus en charge du dossier. Et pourtant ce professionnel pourrait apporter sa contribution à la préparation de la reprise et

poursuivre l'intervention. Saint-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume (2003) rappellent que l'anticipation est le maître mot pour préparer les reprises de travail. Cette contrainte administrative entraîne alors une réelle interruption de l'épisode IME, risquant d'être fortement préjudiciable pour le salarié concerné. Se pose ici encore la question d'une prolongation négociée.

Il s'agit là de quelques pistes pour mieux cadrer, soutenir et assouplir les interventions ergonomiques.

3.2.4. Le développement de la portée de l'intervention ergonomique

La compensation technique est et a été un fil conducteur nécessaire de l'ergonomie œuvrant pour le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap. Mais la question de savoir si cela est suffisant pour un maintien dans l'emploi sur le long-terme, pour le développement des individus et des organisations, finalité de l'ergonomie constructive, reste à explorer. Dans certaines interventions ergonomiques, la compensation technique est l'unique résultante (affichée) de ladite intervention. La plupart des ergonomes indiquent que la compensation technique n'est pas suffisante, au travers de plusieurs préoccupations (chapitre 9 - parties 4.3.3. et 4.4.1) : le risque d'obsolescence de ces dispositifs techniques, les évolutions possibles de l'état de santé du salarié concerné et de l'entreprise, un arbitrage nécessaire entre les solutions techniques et les solutions organisationnelles et le mode de financement des aides techniques.

Mais qu'est-ce qui pousse ces ergonomes à se "limiter" à cela ? Leur fenêtre d'intervention fixée par des cadres institutionnels, juridiques, législatifs ? Le fait que ces solutions sont palpables, rassurantes car visibles ? La vision centrée sur ce type d'aménagements par les demandeurs, tant au niveau des entreprises qu'au niveau des professionnels du maintien dans l'emploi ?

Se pose aussi la question de ce que laisse l'ergonome à l'entreprise, de ce qu'il lui lègue, pour poursuivre l'Action en faveur du maintien dans l'emploi. Un devis, un compte-rendu spécifiant en quoi le matériel aide à compenser les déficiences physiques du salarié : est-ce les seules traces à laisser à l'entreprise ? Cela semble insuffisant selon le paradigme de l'ergonomie constructive.

Nous proposons deux voies possibles de développement de la pratique de l'ergonome dans ce champ d'action spécifique :

- Les dispositions actuelles fixent la fin de la fenêtre à l'élaboration de préconisations techniques, le plus souvent par un document écrit. Mais ne serait-il pas nécessaire que l'intervention de l'ergonome accompagne la mise en œuvre de ces solutions ? Cette poursuite a plusieurs objectifs : une mise en place réelle, efficace des solutions techniques, accompagner l'acceptation de ces aménagements par l'individu concerné et ses collègues mais aussi la possibilité d'ouvrir le champ d'intervention à d'autres types d'aménagements, notamment organisationnels. En augmentant la présence de

l'ergonome en entreprise, cela peut aussi amener l'entreprise à le solliciter pour d'autres problématiques (risques psychosociaux, pénibilité…). L'intérêt de cette proposition est aussi d'amener progressivement les demandeurs, les acteurs de l'entreprise, uniquement centrés sur les solutions techniques, vers des pistes organisationnelles. Les effets de ses préconisations pourraient aussi être appréhendés par l'ergonome intervenant.

- Notre recherche a permis de montrer l'approche spécifique de l'ergonome vis-à-vis du handicap au travail, sa façon d'appréhender, de l'objectiver, de le révéler, de le dédramatiser, avec pour partie, l'analyse pragmatique de la situation du salarié dans l'entreprise : une approche pédagogique (chapitre 9 - partie 1.3.1.). Mais cette approche n'est-elle pas léguée à l'entreprise de façon trop implicite ? Nous proposons d'afficher plus explicitement dans la démarche d'intervention cet aspect, de la valoriser auprès des financeurs, des demandeurs et de l'entreprise. Les modalités de cette proposition restent à définir et à étudier. Il serait intéressant également d'intégrer cet aspect aux programmes de formation des futurs ergonomes.

3.3. Au niveau macro

3.3.1. Une reconnaissance officielle du rôle de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi ?

Chercher à redéfinir les cadres d'actions de l'ergonome auprès des acteurs institutionnels (comme l'AGEFIPH, le FIPHFP), des financeurs des interventions et des demandeurs soulève la problématique des marges d'actions effectives et officielles de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi. Dans notre recherche, nous avons montré à plusieurs reprises que l'ergonome "sait sans savoir", met en œuvre diverses stratégies pour "savoir", notamment par rapport aux contraintes du secret médical, notamment. Le mot "ergonome" n'apparait dans aucun des codes suivants : du travail et de la sécurité sociale. L'ergonomie apparaît seulement dans le Code du Travail, au travers de l'application de principes ergonomiques pour la mise en place d'équipements de protection individuelle, la modification de logiciels et la mise en œuvre de règles techniques en matière de santé et de sécurité applicables aux machines neuves. Aucun des aspects suivants n'est défini juridiquement : la définition du rôle de l'ergonome, de sa responsabilité, ses possibilités d'accès aux informations… Cela lui confère un statut juridique flou et constitue une problématique sous-jacente à l'action de l'ergonome dans le champ du maintien dans l'emploi. En ce sens, un débat public sur les questions du maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap permettrait une caractérisation des acteurs du maintien dans l'emploi et une reconnaissance du rôle de l'ergonome sur cette problématique.

3.3.2. L'engagement de la responsabilité sociale dans le maintien dans l'emploi ?

Nous proposons d'investiguer ce qui nous semble être un levier d'action pour le maintien dans l'emploi : la responsabilité sociale. Des intentions émergent pour favoriser une bonne gestion du handicap en entreprise, mais celle-ci est plutôt destinée à créer une image d'employeur responsable (Point, Charles-Fontaine et Berthélémé, 2010). Mais qu'en est-il réellement et de façon opérationnelle : cette responsabilité est-elle engagée pratiquement, pour le maintien dans l'emploi de salariés malades chroniques ou reconnus handicapés ? De quelle manière ? Est-ce un moyen d'action pour l'ergonome ? Ce sont autant de questions qu'une recherche pourrait investiguer.

3.3.3. Une logique d'action "globale" en santé au travail ?

A notre sens, le maintien dans l'emploi n'est "qu'un" pan de la santé au travail. Les actions ayant pour objectif la santé au travail et le bien-être au travail semblent aujourd'hui réductrices du fait de leur partage, de leur domaine morcelé, et d'un mode de gestion par projets ne favorisant pas la continuité de l'action : le handicap, la pénibilité, le vieillissement, l'usure professionnelle, les troubles musculo-squelettiques, les facteurs psychosociaux de risques, l'ensemble des risques professionnels... Tout semble cloisonné, classé par dossiers, par champs d'action. L'approche constructive de l'ergonome nous amènerait à considérer les situations avec une vision globale, plutôt orientée sur le développement que sur la prévention. Le risque de se limiter à un domaine, comme le maintien dans l'emploi, rend encore plus prégnante la notion de fenêtre d'intervention, et peut conduire à une action de moindre efficacité, ne permettant pas aux ergonomes d'aborder d'autres sujets. Il est alors impératif de développer des moyens d'action permettant d'élargir le champ d'action fixé par les financeurs. Sans oublier leur performance, il faut souligner que ces entreprises, souvent perdues dans leurs obligations sur ces différents "dossiers", doivent disposer d'aide, d'accompagnement, pour développer une réflexion et une logique d'action globale au sujet de la santé au travail, du bien-être de leurs salariés. Tout comme pour les ergonomes dont la pratique a été étudiée dans notre recherche, le pilotage de l'action globale de l'entreprise concernant les conditions de travail, pourrait être appréhendé au travers les différentes dimensions temporelles impliquées.

Bibliographie

Agrinier, N., & Rat, A. C. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *Actualité et Dossier En Santé Publique*, *72*, 12–14.

Alami, S. Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). Chapitre V – L'analyse et la restitution des résultats. In S. Alami, D. Desjeux, & I. Garabuau-Moussaoui (Eds), *Les méthodes qualitatives (*pp. 107-120). Que sais-je?, Paris : PUF.

Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris : PUF.

Alter, N. (2003). Mouvement et dyschronies dans les organisations. *L'Année Sociologique*, *53*(2), 489–514. doi:10.3917/anso.032.0489

Amossé, T., Daubas-Letourneux, V., Le Roy, F., Meslin, K., & Barragan, K. (2012). *Les accidents du travail et problèmes de santé liés au travail dans l'enquête SIP*. (In)visibilités et inscriptions dans les trajectoires professionnelles. Rapport de recherche CéE 76. Récupéré du site : http://www.cee-recherche.fr/publications/rapport-de-recherche/les-accidents-du-travail-et-problemes-de-sante-lies-au-travail-dans-lenquete-sip

Arnold, J. (1997). *Managing careers in the 21st century*. London, UK: Paul Chapman Publishing Ltd.

Arnoud, J. (2013). *Conception organisationnelle : pour des interventions capacitantes*. (thèse de Doctorat en Ergonomie, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France)

Assal, J. P. (1997). Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Thérapeutique*, *25*(5), 16p.

Baanders, A. N., Andries, F., Rijken, P. M., & Dekker, J. (2001). Work adjustments among the chronically ill. *International Journal of Rehabilitation Research*, *24*(1), 7–14.

Baradat, D., Buisson-Vallès, I., Dalm, C., Martin, C., Mercuriali, F., & Pionnier, M. (2008). *Maladies Chroniques Évolutives. Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi en Aquitaine.* Récupéré du site : http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/9252379.PDF

Barbier, C. (2011). Autoconfrontation et analyse des activités humaines. In G. Le Meur et M. Hatano (Coord.), *Approches pour l'analyse des activités* (pp.77-101). Paris : L'harmattan.

Barbier, R., & Laplaud, R. (1987). Ergonomie, handicaps et conception des dispositifs technologiques. *GEDER INFO*, *4.*

Barel, Y., & Frémeaux, S. (2010). Quel sens ont les démarches d'intégration des salariés en situation de handicap pour les parties prenantes ? Le sens donné par les DRH et chargés de mission. *Management & Avenir*, *33*(3), 204-222. doi:10.3917/mav.033.0204

Baril, R., & Berthelette, D. (2000). *Les composantes et les déterminants organisationnels des interventions de maintien du lien d'emploi en entreprise*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, Montréal, Rapport No. R-238. Récupéré du site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-238.pdf

Baril, R., Durand, M. J., Coutu, M. F., Côté, D., Cadieux, G., Rouleau, A., & Ngomo, S. (2008). *TMS - L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail.* Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, Montréal, Rapport R-544. Récupéré du site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-544.pdf

Baril, R., Martin, J. C., Lapointe, C., & Massicotte, P. (1994). *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, Montréal, Rapport R-082. Récupéré du site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-082.pdf

Barral, C. (2007). Disabled Persons' Associations in France. *Scandinavian Journal of Disability Research*, *9*(3-4), 214–236. doi:10.1080/15017410701680506

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, *27*(1), 3–27.

Béguin, P. (1998). *Variations sur l'hétérogénéité temporelle de l'action : les temps de l'ergonome, de l'intervention et de l'ergonomie.* Communication présentée au 33e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française [SELF], Paris, France.

Béguin, P. (2004). L'ergonome, acteur de la conception. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 375–390). Paris : PUF.

Belin, L., Bourrillon, M.-F., Stakowski, H., Le Bideau, S., Sevellec, M., & Asselain, B. (2010). Répercussions des cancers sur la vie professionnelle : étude réalisée auprès de 402 salariés en Île-de-France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *58*, S70. doi:10.1016/j.respe.2010.06.079

Béthoux, F. (2006). Fatigue et sclérose en plaques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique : Revue Scientifique de La Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 265–271. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.023

Birmelé, B., Lemoine, M., Le Christ, A.-M., & Choutet, P. (2008). Malade : un métier ? À propos de la maladie chronique. *Éthique & Santé*, *5*(2), 103–109. doi:10.1016/j.etiqe.2007.11.001

Bisseret, A., Sebillote, S., & Falzon, P. (2007, 1ère éd. 1999) Chapitre 7 - La technique de l'information à la demande. In A. Bisseret, S. Sebillote & P. Falzon, (Eds). *Techniques pratiques pour l'étude des activités expertes* (pp.85-96). Toulouse : Octarès.

Bourmaud, G., & Retaux, X. (2014). Le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés : une approche systémique et constructive pour des perspectives durables. In S. Volkoff & L.

Pagnac (Eds.), *Actes du 8ème congrès national du Géder. Prévention de la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap au travail* (pp. 71–82). Toulouse : Octarès.

Bruyère, S., Mitra, S., VanLooy, S., Shakespeare, T., & Ilene Zeitzer, I. (2012). Travail et Emploi. In *Rapport mondial sur le handicap 2011* (pp. 261–288). Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Cahier des Charges AGEFIPH - Version du 12/09/11 Marché n°DI-2011-5 Études Préalables à l'aménagement/ Adaptation des Situations de Travail.

Cahour, B., & Licoppe, C. (2010). "Confrontations aux traces de son activité" Compréhension, développement et régulation de l'agir dans un monde de plus en plus réflexif. *Revue D'anthropologie Des Connaissances*, *Vol 4, 2*(2), 243-253. doi:10.3917/rac.010.0243

Calvez, M. (2000). La liminalité comme cadre d'analyse du handicap. *Prévenir*, *39*(2), 83–89.

Canguilhem, G. (2010). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Casillas, J.-M., Damak, S., Chauvet-Gelinier, J.-C., Deley, G., & Ornetti, P. (2006). Fatigue et maladies cardiovasculaires. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 309–19. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.002

Cedraschi, C., Piguet, V., Luthy, C., Rentsch, D., Desmeules, J., & Allaz, A.-F. (2009). Aspects psychologiques de la douleur chronique. *Revue Du Rhumatisme*, *76*(6), 587–592. doi:10.1016/j.rhum.2008.11.008

Célérier, S. (2007), Cancer et activités professionnelles des malades : les enseignements de 30 ans de littérature internationale sur le thème. Communication présentée au *Colloque « Politiques publiques et pratiques professionnelles face aux inégalités sociales de santé »,* Lille.

Célerier, S. (2008). Cancer et activités professionnelles des malades : les enseignements de trente ans de littérature internationale sur le thème. *Sociologie de La Santé*, *28*, 185–199.

Cellier, J. M. (1996). Exigences et gestion temporelle dans les environnements dynamiques. In J. M. Cellier, V. de Keyser, & C. Valot (Eds.), *La gestion du temps dans les environnements dynamiques* (Vol. 19–50, pp. 19–50). Paris : PUF.

Cellier, J. M., de Keyser, V., & Valot, C. (1996). La gestion du temps dans les environnements dynamiques. Paris : PUF.

Cellier, J. M., Eyrolle, H., & Mariné, C. (1997). Expertise in dynamic environments. *Ergonomics*, *40*(1), 28–50. doi:10.1080/001401397188350

Charbroil, B., Halbert, C., Milh, M., & Mancini, J. (2009). Handicap : définitions et classifications. *Archives de Pédiatrie*, *16*(6), 912–914. doi:10.1016/S0929-693X(09)74201-0

Chapireau, F. (2002). La nouvelle classification de l'OMS : « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *160*(3), 242–246. doi:10.1016/S0003-4487(02)00166-X

Charpentier, N. (2011). *Les indicateurs de situation de handicap au travail : la perspective du clinicien.* Communication présentée au Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention. Grenoble.

Chassaing, K., & Waser, A.-M. (2010). Travailler autrement. *Travailler*, *23*(1), 99. doi:10.3917/trav.023.0099

Choutet, P., & Birmelé, B. (2006). Malade : un métier ? Utilisateur ou acteur du système de santé ? *Revue D'éthique et de Théologie Morale*, *239*(2), 105–116. doi:10.3917/retm.239.0105

Clainchard, E. (2005). *Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi.* Rapport pour l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés en Île-de-France. Récupéré du site : http://www.handipole.org/IMG/pdf/Etude_maintien.pdf

Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*, Paris, PUF.

Clot, Y. (2011, 1ère ed. 2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : Presses universitaires de France.

Colle, F., Bonan, I., Gellez Leman, M.-C., Bradai, N., & Yelnik, A. (2006). Fatigue après accident vasculaire cérébral. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique : Revue Scientifique de La Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 272–276. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.009

Compte, R. (2008). De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration. *Empan*, *70*(2), 115–122. doi:10.3917/empa.070.0115

Coulon, R. (2006). Responsabilité sociale de l'entreprise et pratiques de gestion des ressources humaines. *Revue de L'organisation Responsable*, *1*(1), 48–64. doi:10.3917/ror.001.0048

Coutarel, F., & Petit, J. (2009). Le réseau social dans l'intervention ergonomique : enjeux pour la conception organisationnelle. *Management & Avenir*, *27*(7), 135–151. doi:10.3917/mav.027.0135

Coutarel, F., Vézina, N., & Berthelette, D. (2008). *Enjeux autour de l'évaluation des interventions relatives à la prévention des troubles musculo-squelettiques.* Communication présentée au Second Congrès Francophone sur les TMS, IRSST, Montréal.

Curie, J., & Hajjar, V. (2000). Vie de travail, vie hors travail : la vie en temps partagé. In J. Curie (Ed.), *Travail, Personnalisation, Changements sociaux : Archives pour les histoires de la psychologie du travail* (pp. 213–232). Toulouse : Octarès.

Czuba, C., & Fantoni-Quinton, S. (2013). Maintien dans l'emploi après la réforme de la santé au travail : un effort renouvelé. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'environnement*, *74*(5), 515–518.

Daniellou, F. (1992). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*. Thèse d'habilitation à diriger des recherches. Éditions du Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes de l'Université Victor-Segalen, Bordeaux 2

Daniellou, F. (1994). L'ergonome et les acteurs de la conception. In *Ergonomie et ingénierie : 29ème Congrès de la Société d'ergonomie de langue française* (p. 27–32).

Daniellou, F. (1995). La construction sociale de et par l'analyse du travail. *Performances Humaines et Techniques, no hors série, Séminaire de Paris*, *1*, 25-29.

Daniellou, F. (1998). Une contribution au nécessaire recensement des "repères pour affronter les TMS." In F. Bourgeois (Ed.), *TMS et évolution des conditions de travail, Actes du séminaire Paris 1998* (pp. 118–122). Lyon : ANACT.

Daniellou, F. (1999). The ergonomist is a worker ? That is the (epistemological) question. In *Strengths and weaknesses, threats and opportunities of ergonomics in front of 2000*. Marmaras Athens : Hellenic Ergonomics Society.

Daniellou, F. (2002). L'action en psychodynamique du travail : interrogations d'un ergonome. *Travailler*, *7*(1), 119-130. doi:10.3917/trav.007.0119

Daniellou, F. (2006). Entre expérimentation réglée et expérience vécue : les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention. *@ctivités*, *3*(1). Récupéré du site : http://www.activites.org/v3n1/daniellou.pdf

Daniellou, F. (2012). L'ergonome et la pénibilité du travail. *Actes des 19es Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie 2012.*, 9-18.

Daniellou, F., & Béguin, P. (2004). Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 335–358). Paris : PUF.

Davezies, P. (2000). Aptitude, inaptitude, reclassement, entre droit du travail et déontologie médicale. *Médecine et Travail*, *183*, 38–41.

De Geuser, F., & Guenette, A. (2007). La santé est-elle un produit de luxe pour les entreprises ? Réinsérer la santé dans les pratiques de gestion. *Revue Économique et Sociale*, *65*(2), 51–56.

Défenseur des droits. (2013). Élaboration d'un guide pratique sur les aménagements raisonnables en emploi pour les personnes handicapées. Ressources mises à disposition du groupe de travail.

Dejours, C. (1995). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le Travail Humain*, *58*(1), 1–16.

Delory-Momberger, C. (2013). Expérience de la maladie et reconfigurations biographiques. *Éducation Permanente*, *195*(2), 121–131.

Demazière, D., & Dubar, C. (2005). Récits d´insertion de jeunes et régimes de temporalité. *Temporalités*, *3*. Récupéré du site : http://temporalites.revues.org/452

Demoulin, H., & Murphy, J. (2005). Représentations temporelles et décision dans la relation de conseil en orientation scolaire. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, *34*(4). doi:10.4000/osp.419

Demuijnck, G., Grenier, D., & Le Clainche, C. (2006). Ce que les valides doivent aux handicapés : une discussion normative des politiques sociales en faveur des personnes handicapées. In A. Triomphe (Ed.), *Economie du Handicap* (pp. 13–63). Paris : PUF.

Department of Health (2001). *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century.* London: Department of Health; 2001, p. 11.

Dessus, P., Allègre, É., & Maurice, J. J. (2005). L'enseignement en tant que supervision d'un environnement dynamique. *L'Année de la Recherche en Sciences de l'Éducation*, 149-162**.**

Dietrich, A. (2010). L'employabilité à l'épreuve de la RSE ou la RSE à l'épreuve de l'emploi ? *Revue de L'organisation Responsable*, *5*(1), 30. doi:10.3917/ror.051.0030

Direccte Pays de Loire, 2012. Direccte pays de Loire Fiche Juridique "Aptitude et inaptitude médicale au poste de travail" 38 pages 7ème édition. Décembre 2012. Récupéré du site : www.pays-de-la-loire.direccte.gouv.fr/aptitude-et-inaptitude-medicale-au-poste-de-travail-7o

Dodier, N. (1983). La maladie et le lieu de travail. *Revue Française de Sociologie*, *24*(2), 255–270.

Doppler, F., & Lapeyrière, S. (1998). A temps et à contre temps, organisation temporelle de l'action ergonomique. In *Actes du 33ème congrès de la SELF* (pp. 679–688). Paris.

Dufranc, C. (2006). Vivre après un cancer : le régime de la double peine. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, *5*(2), 102–108.

Dugué, B., Petit, J., & Daniellou, F. (2010). L'intervention ergonomique comme acte pédagogique. *Pistes*, *12*(3). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/2767

Dul, J., Bruder, R., Buckle, P., Carayon, P., Falzon, P., Marras, W. S., Wilson, J. R., & van der Doelen, B. (2012). A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. *Ergonomics*, *55*(4), 377–395. doi:10.1080/00140139.2012.661087

Dupuy, R., Le Blanc, A., & Mégemont, J.-L. (2006). Incertitudes au cours de la carrière et construction des perspectives temporelles. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*, *12*(3), 167–183. doi:10.1016/j.pto.2006.06.007

Durand, M. J., Baril, R., Loisel, P., & Gervais, J. (2008). Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. *Pistes*, *10*(2). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/2223?lang=fr

Durand, M. J., Berthelette, D., Loisel, P., & Imbeau, D. (2012). Étude de la fidélité de l'implantation d'un programme de réadaptation au travail auprès de travailleurs de la construction ayant une dorsolombalgie. *Pistes*, *14*(1). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/763?lang=fr

Durand, M.-J. (2008). Le retour progressif au travail : est-ce la solution ? *Le Médecin Du Québec*, *43*(12), 91–93.

Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Pistes*, *3*(2). Récupéré du site : //pistes.revues.org/3799?lang=fr

Edwards, I., & Jones, M. (2007). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : Compréhension et application par le raisonnement clinique. *Kinésithérapie La Revue*, *7*(71), 40–49. doi:KIN-11-2007-00-71-1779-0123-101019-200602611

El Khadiri, M. (2012). Modèles de représentations du handicap et leur impact sur les droits des personnes en situation de handicap. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, *32*(2), 56–59. doi:10.1016/j.jrm.2011.12.001

El-Miedany, Y., Rasheed, A. H. El, & Ostuni, O. (2002). L'anxiété est-elle plus fréquente que la dépression au cours de la polyarthrite rhumatoïde ? *Revue Du Rhumatisme*, *69*(5), 526–534. doi:10.1016/S1169-8330(02)00285-5

Falzon, P. (1993). Médecin, pompier, concepteur : l'activité cognitive de l'ergonome. *Performances Humaines et Techniques*, *66*, 35–45.

Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie* (pp. 17–35). Paris : PUF.

Falzon, P. (2005). Ergonomics, knowledge development and the design of enabling environments. In *Humanizing Work and Work Environment HWWE'2005 Conference* (pp. 1–8). Guwahati, Inde.

Falzon, P. (2010). A propos des environnements capacitants : pour une ergonomie constructive. In C. Roux (Ed.), *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? Actes du séminaire organisé par le réseau ANACT* (pp. 60–67). Lyon : ANACT.

Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 1–15). Paris : PUF.

Falzon, P., & Mollo, V. (2009). Pour une ergonomie constructive : Les conditions d'un travail capacitant. *Laboreal*, *5*(1), 61–69.

Fantoni-Quinton, S. (2010). Étendue et limites de l'obligation de reclassement à l'égard des personnes présentant une inaptitude en France. *Pistes*, *12*(1). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/1603?lang=fr

Fassier, J.-B., Durand, M. J., & Loisel, P. (2010). De la recherche à l'amélioration des pratiques en prévention d'incapacité au travail. *Douleur et Analgésie*, *22*(1), 24–28. doi:10.1007/s11724-009-0171-2

Fassier, J.-B., Durand, M.-J., Loisel, P., Caillard, J.-F., & Roquelaure, Y. (2009). *Étude de faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système français*. Université de Sherbrooke / Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Direction des risques professionnels).

Fassier, J.-B., Petit, A., Yven, C., Sappey, P., Bernieri, F., Soyeux, E., & Roquelaure, Y. (2014). Douleurs et travail : aider le patient à garder un emploi. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, *15*(1), 11–19. doi:10.1016/j.douler.2013.12.004

Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. *Éducation Permanente*, *195*(2), 59–72.

Florès, J. L. (1996). Handicap au travail. Aider à construire de nouvelles capacités. *Travail et changement*, (219), 23-25.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail (2004). Emploi et invalidité – Stratégies de retour à l'emploi. Récupéré du site : http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/99/fr/1/ef0499fr.pdf

Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., Côté, M., & Saint-Michel, G. (1996). *Révision de la proposition québécoise de classification de la CIDIH : Processus de Production du Handicap.* Québec : Réseau international sur le processus de production du handicap.

Fraccaroli, F., & Sarchielli, G. (2007). Temps-travail et développement de carrière. In F. Fraccaroli & G. Sarchielli (Eds.), *La carrière : l'évolution de l'expérience professionnelle dans le temps* (pp. 99–120). Toulouse : Octarès.

Gagnon, S., & Cornelius, N. (2000). Re-examining workplace equality: the capabilities approach. *Human Resource Management Journal*, *10*(4), 68–87. doi:10.1111/j.1748-8583.2000.tb00007.x

Gardien, È. (2006). Travailleur en situation de handicap : de qui parle-t-on ? *Reliance*, *19*(1), 50-59. doi:10.3917/reli.019.59

Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Hong, Q. N., & Loisel, P. (2010). Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*, *32*(1), 72–8. doi:10.3109/09638280903195278

Gardou, C. (2001). Enjeux et dérives de la relation aux personnes en situation de handicap. *Spirale - Revue de Recherche en Éducation*, *27*, 125–133.

Garel, G. (2003). *Le management de projet*. Paris : La découverte.

Garza, C. de la, & Weill-Fassina, A. (2000). Régulations horizontales et verticales du risque. In T. H. Benchekroun & A. Weill-Fassina (Eds.), Le travail collectif (pp. 217-234). Toulouse : Octarès.

Gasparini, G. (1998). Temps, organisation et urgence. *Sciences de La Société*, *44*.

Gaudart, C. (2013). *Age et travail à la croisée des temporalités : l'activité face aux temps*. (Habilitation à Diriger des Recherches. Université Victor Segalen Bordeaux 2, France)

Gaudart, C. (2014). Les relations entre l'âge et le travail comme problème temporel. *Pistes*, *16*(1). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/3052?lang=fr

Gaudart, C., & Ledoux, E. (2013). Parcours de travail et développement. In P. Falzon (Ed.), *Ergonomie constructive* (pp. 117–129). Paris : PUF.

Gayet, C. (2005). Aptitude, invalidité. Rôles respectifs du médecin du travail, du médecin-conseil et du médecin traitant. *Documents Pour Le Médecin Du Travail*, *104*, 441–447.

Globokar, T. (2004). Compromis temporels dans la gestion des projets : le cas de la maintenance nucléaire. *Revue Française de Gestion*, *152*(5), 81–96. doi:10.3166/rfg.152.81-96

Gosselin, H. (2007). *Rapport pour le ministre délégué à l'Emploi, au Travail et à l'Insertion professionnelle des jeunes. Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*. Récupéré du site : www.handipole.org/IMG/pdf/rapport_gosselin.pdf

Grimaldi, A. (2006). La maladie chronique. *Les Tribunes de La Santé*, *13*(4), 45–51. doi:10.3917/seve.013.0045

Grossin, W. (1996). *Pour une science des temps - Introduction à l'écologie temporelle*. Toulouse : Octarès.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*. Lyon : ANACT.

Halbwachs, M. (1950). *La mémoire collective*. Paris : PUF.

Hamonet, C. (2010). *Les personnes en situation de handicap*. *Les personnes en situation de handicap*. Paris : PUF.

Hamonet, C., & Magalhaes, T. (2003). La notion de handicap. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *46*(8), 521–524. doi:10.1016/j.annrmp.2003.03.003

Hartog, F. (2012, 1ère éd. 2003). *Régimes d'historicité - Présentisme et expériences du temps*. Paris : Le Seuil.

Heijmans, M., Rijken, M., Foets, M., de Ridder, D., Schreurs, K., & Bensingt, J. (2004). The stress of being chronically ill: from disease-specific to task-specific aspects. *Journal of Behavioral Medicine*, *27*(3), 255–271.

Hélardot, V. (2006). Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, *120*(1), 59–83. doi:10.3917/cis.120.0059

Hilaire, C., Schmoor, M. & Calmelet, P. (1999). Quels critères retenir pour évaluer l'impact de l'intervention ergonomique ? *Performances humaines et techniques, no hors série 3e journée du GEDER, juin.*

Hennion, T., Jabès, A., & Al. (2008). Aménagement du temps de travail. Cinergie. Récupéré du site : http://www.defi-metiers.fr/sites/default/files/users/379/cinergie_-_amenagement_du_temps_de_travail.pdf

Holm, S. (2005). Justifying patient self-management--evidence based medicine or the primacy of the first person perspective. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, *8*(2), 159–64. doi:10.1007/s11019-005-2280-x

Hubault, F. (2007). Nature d'intervention, nature de savoir. *Éducation Permanente*, *170*, 77–85.

Jabes, A. (2003). La complexité du maintien dans l'emploi, les pratiques des intervenants. . In GEDER (Eds.), *Situation de Handicap : quelles pratiques pour quelles interventions ? IVe Journées du GEDER* (pp. 151-156). Toulouse : Octarès.

Jones, G. E. (1997). Advancement opportunity issues for persons with disabilities. *Human Resource Management Review*, *7*(1), 55–76. doi:10.1016/S1053-4822(97)90005-X

Kergresse, M., Fanello, S., Delahaye, I., Durand-Moreau, Q., Pellé-Duporté, D., & Roquelaure, Y. (2013). Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *74*(6), 630–637. doi:10.1016/j.admp.2013.06.012

Kerroumi, B. (2007). Responsabiliser le management. In C. Gardou & D. Poizat (Eds.), *Désinsulariser le handicap. Quelles ruptures pour quelles mutations culturelles ?* (pp.161-167). Paris : Ères.

Kulkarni, M., & Valk, R. (2010). Don't ask, don't tell: Two views on human resource practices for people with disabilities. *IIMB Management Review*, *22*(4), 137–146. doi:10.1016/j.iimb.2010.08.001

Lacaze, D. (2007). La gestion de l'intégration en entreprise de service : l'apport du concept de socialisation organisationnelle. *Management & Avenir*, *14*(4), 9. doi:10.3917/mav.014.0009

Lamonde, F. (2000). L'intervention ergonomique. *Un regard sur la pratique professionnelle.* Toulouse : Octarès.

Lancry, A. (2009). *L'ergonomie*. Que sais-je ? Paris : PUF.

Lancry-Hoestlandt, A., Akiki, J., & Houillon, V. (2004). Handicap et travail. In E. Brangier, A. Lancry, & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail. Théories et pratiques en psychologie du travail et des organisations* (pp. 313–332). Nancy : PUN.

Landry, A. (2008). *L'évaluation de l'intervention ergonomique : de la recherche évaluative à la proposition d'outils pour la pratique* (thèse de Doctorat en Ergonomie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, France). Récupéré du site : tel.archives-ouvertes.fr/tel-00363373/PDF/These

Launis, K., & Pihlaja, J. (2007). Les asynchronismes et les perturbations comme outil d'analyse des problèmes liés au bien-être au travail. *@ctivités*, *4*(2), 91–98. Récupéré du site : http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf

Laurens, L., & Roussiau, N. (2002). La mémoire sociale. Identités et représentations sociales. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Laville, A. (1995). Travail et âges, de la recherche à l'action. In J. C. Marquié, D. Paumès, & S. Volkoff (Eds.), *Le Travail au fil de l'âge* (pp. 441–450). Toulouse : Octarès.

Laville, A. (1998). Les silences de l'ergonomie vis-à-vis de la santé. In *Actes des IIe Journées «Recherche et Ergonomie"* de la SELF (pp. 151–158). Récupéré du site : u.jimdo.com/www66/o/.../download/.../laville_Toulouse98+copie.pdf

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *63*(1), 9–23. doi:10.1177/000841749606300103

Le Bianic, T. (2003). L'inaptitude au travail : une construction sociale ? *Éducation Permanente*, *156*(3), 55–67.

Le Clainche, C., & Demuijnck, G. (2006). *Handicap et accès à l'emploi : efficacité et limites de la discrimination positive*. Document de travail du Centre d'Études de l'Emploi 63.

Le Roy-Hatala, C. (2009). Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise. *Revue Française Des Affaires Sociales*, *1*(1-2), 301–319.

Leduc, S., & Vernhes, T. (2009). Organiser pour gérer : Contributions de l'ergonomie à la gestion de l'inaptitude. In I. Gaillard, A. Kerguelen et Pierre T. (Coord.). *Actes du 44ème Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française - Ergonomie et Organisation du Travail*. (p.151-160). Toulouse.

Lefeuvre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions Vives. Recherches En Éducation*, *5*(11), 277–314. Récupéré du site : http://questionsvives.revues.org/627?lang=fr

Leplat, J. (1985). Les représentations fonctionnelles dans le travail. *Psychologie Française*, *30*(3/4), 269-275.

Leplège, A. (2009). Justice et science dans le domaine du handicap. *Champ Psychosomatique*, *55*(3), 97. doi:10.3917/cpsy.055.0097

Leray, G. (2012). *L'emploi des travailleurs handicapés*. Le Mans : Gereso Edition.

Lhuilier, D., Amado, S., Brugeilles, F., Diallo, M., & Rolland, D. (2010). Le travail et l'emploi à l'épreuve du VIH/VHC : régulations des systèmes d'activités et réévaluation du modèle de vie. *@ctivités*, *7*(2). Récupéré du site : http://www.activites.org/v7n2/lhuilier.pdf

Lhuilier, D., & Waser, A.-M. (2013). Maladies chroniques et travail. «Me rendre le travail vivable maintenant». *Pistes*, *16*(1). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/2885?lang=fr

Liberti, S., & Tran, V. (2012). *Entreprise et handicap : Enjeux, mode d'emploi, bonnes pratiques*. Paris : Eyrolles.

Libgot, S. (2013). Le handicap, les ergonomes et le travail : repères historiques. In A. Drouin (Ed.), *Ergonomie - Travail, Conception, Santé - Cinquantenaire de la Société d'ergonomie de langue française*. Toulouse : Octarès.

Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Langley, A., & Falardeau, M. (2004). *Décider pour faciliter le retour au travail - Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail*. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, Montréal, Rapport No. R-393. Récupéré du site : Récupéré du site : http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-393.pdf

Loisel, P., Durand, P., Abenhaim, L., Gosselin, L., Simard, R., Turcotte, J., & Esdaile, J. M. (1994). Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational and Environmental Medicine*, *51*(9), 597–602.

Maggi-Germain, N. (2002). La construction juridique du handicap. *Droit social*, (12), 1092-1100.

Manciaux, M. (2006). Handicap, résilience, éthique. *Reliance*, *20*(2), 11–16. doi:10.3917/reli.020.16

Maquet, D., Demoulin, C., & Crielaard, J. M. (2006). Le point sur le syndrome de fatigue chronique. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 337–347. doi:10.1016/j.annrmp.2006.03.011

Marin, C. (2010). La maladie chronique ou le temps douloureux. In E. Hirsch (Ed.), *Traité de bioéthique* (pp. 119–129). Ères.

Mas, L. (2007). Les objectifs de l'ergonomie. Entre idéaux disciplinaires et réalités pratiques… (mémoire de master 2 recherche en ergonomie, CNAM Paris, France).

Mayoux-Benhamou, M.-A. (2006). Fatigue et polyarthrite rhumatoïde. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique : Revue Scientifique de La Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 301–304. doi:10.1016/j.annrmp.2006.04.011

Minaire, P., Weber, D., Cherpin, J., & Flores, J. L. (1981). Études et réflexions : en 1981, l'approche du handicap doit être différente. *Handicap et Inadaptation, Les Cahiers Du CTNERHI*, *14*, 7–12.

Missaoui, B., & Revel, M. (2006). F Fatigue et spondylarthrite ankylosante. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique : Revue Scientifique de La Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Réadaptation et de Médecine Physique*, *49*(6), 305–308. doi:10.1016/j.annrmp.2006.03.007

Molinié, A. F., & Pueyo, V. (2012). Les dynamiques temporelles des relations santé travail, et le fil de l'âge. In A. F. Molinié, C. Gaudart, & V. Pueyo (Eds.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (pp. 237–255). Toulouse : Octarès.

Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics, 35*(6), 531-540.

Morley, S., Williams, A. C. de C., & Black, S. (2002). A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain*, *99*(1-2), 289–98.

Mouneyrat, M. H. (2001). Éthique du secret et secret médical. *Pouvoirs*, *2*(97), 47–61.

Naschberger, C. (2008). La mise en œuvre d'une démarche « diversité en entreprise ». Le cas de l'intégration des personnes en situation de handicap. *Management & Avenir*, *18*(4), 42–56. doi:10.3917/mav.018.0042

Nelson, J., & Kleiner, B. (2001). How to accommodate common disabilities in organisations. *Equal Opportunities International*, *20*(5-6), 146–151.

Ochanine, D. A. (1978). Le rôle des images opératives dans la régulation des activités de travail. *Psychologie et Éducation*, *2*, 54–63.

Olier, L. (2008) Présentation de l'enquête DREES : Les conséquences du cancer sur la vie sociale : vie professionnelle, discrimination, revenus… - Communication présentée au colloque « La vie deux ans après le diagnostic du cancer » - Une enquête en 2004 sur les conditions de vie des malades. Récupéré du site : http://www.drees.sante.gouv.fr/colloque-la-vie-deux-ans-apres-le-diagnostic-de-cancer-une-enquete-en-2004-sur-les-conditions-de-vie-des-malades,5882.html

Perrenoud, P. (2001). De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche et Formation*, *36*, 131–162.

Perrenoud, P. (2004). Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales, condition de la professionnalisation. In J. F. Inisan (Ed.), *Analyse de pratiques et attitude réflexive en formation* (pp. 11–32). Reims: CRDP de Champagne-Ardenne.

Petit, J., Querelle, L., & Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome ? *Le Travail Humain*, *70*(4), 391-411. doi:10.3917/th.704.0391

Plaisance, E. (2009). *Autrement capables : école, emploi, société: pour l'inclusion des personnes handicapées*. Paris : Editions Autrement.

Point, S., Charles-Fontaine, C., & Berthélemé, G. (2010). (Re)considérer le handicap : regards croisés sur les approches en entreprise. *Management & Avenir*, *38*(8), 293–305. doi:10.3917/mav.038.0293

Pourteau, L., Dumas, A., & Amiel, P. (2011). Les individus face à l'événement « cancer ». *Temporalités, 13*. Récupéré du site : http://temporalites.revues.org/1531

Pozzebon, S., & Champagne, M. (2009). L'intégration professionnelle des personnes handicapées : que font les organisations avant-gardistes. *Gestion*, *34*(3), 103–115.

Querelle, L., & Thibault, J. F. (2007). La pratique de l'intervention d'ergonomes consultants : une approche réflexive orientée par les outils. *@ctivités*, *4*(1), 149–159. Récupéré du site : http://www.activites.org/v4n1/querelle-FR.pdf

Quériaud, C. (2008). *Étude des facteurs influençant le retour au travail du personnel hospitalier féminin atteint d'une maladie chronique évolutive : Exemple du cancer du sein*. (mémoire de master 2 recherche en ergonomie, Université de Bordeaux 2, France).

Quériaud, C. (2013). L'ergonomie dans le maintien dans l'emploi : une pratique qui s'inscrit dans un processus social complexe. In *Actes du Congrès du 50e Anniversaire de la SELF, "Ergonomie et société : quelles attentes, quelles réponses ?",* Paris.

Ramos, J. M. (2005). IN MEMORIAM William Grossin (1914 – 2005). *Temporalités*, *3*. Récupéré du site : http://temporalites.revues.org/395

Ramos, J. M. (2008). Aperçu de la recherche sur le temps et les temporalités en psychologie sociale. *Temporalités*, *8*. Récupéré du site : http://temporalites.revues.org/105

Rentsch, D., Piguet, V., Cedraschi, C., Desmeules, J., Luthy, C., Andreoli, A., & Allaz, A.-F. (2009). Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? *Revue Médicale Suisse*, *5*, 1364–1369.

Richard, J. F. (1990). *Les activités mentales. Comprendre, raisonner, trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.

Rix-Lièvre, G. (2010). Différents modes de confrontation à des traces de sa propre activité. *Revue D'anthropologie Des Connaissances*, *Vol 4, 2*(2), 358-379. doi:10.3917/rac.010.0358

Roquet, P. (2013). Temporalités et temps vécus. In P. Roquet, M. J. Gonçalves, L. Roger, & A. P. Viana-Caetano (Eds.), *Temps, temporalité et complexité dans les activités* (pp. 13–21). Paris : L'Harmattan.

Rosman, S. (2004). L'expérience de la fatigue chez les malades atteints de cancer. *Santé Publique*, *16*(3), 509–520.

Saint-Arnaud, L., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2003). De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale. *Santé Mentale Au Québec*, *28*(1), 193–211.

Saint-Vincent, M., Toulouse, G. et Bellemare, M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, *2*(1). Récupéré du site : http://pistes.revues.org/3834

Saint-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denys, D., Ledoux, E., & Imbeau, D. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Québec : Editions Multimondes, IRSST.

Saliba, B., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2007). Situations à l'égard du travail des personnes atteintes de maladies chroniques. *Revue D'épidémiologie et de Santé Publique*, *55*(4), 253–63. doi:10.1016/j.respe.2007.04.004

Samurçay, R., & Hoc, J. M. (1989). Spécification et évaluation expérimentale d'aides logicielles aux activités de contrôle d'un environnement dynamique : conduite d'un haut fourneau. In *Premières journées nationales PIRTTEM de psychologie du travail, ergonomie et psychopathologie du travail* (pp. 62–72). Paris.

Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'avenir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Sen, A. (2012). *Repenser l'inégalité* (P. Chemla, trad.). Paris : Seuil. (Ouvrage original publié en 1992 sous le titre *Inequalitiy Reexamined.* Oxford : Oxford University Press).

Sivadon, P., & Fernandez-Zoïla, A. (1983). *Temps de travail, temps de vivre*. Bruxelles : Mardaga Editeur.

Six, F. (1999). De la prescription à la préparation du travail : apports de l'ergonomie à la prévention et à l'organisation du travail sur les chantiers du bâtiment. (Habilitation à Diriger des Recherches. Lille : Université Charles de gaulle Lille 3, France)

Six, F. (2002). De la prescription à la préparation du travail ; la dimension sociale du travail. Exemple du travail des compagnons et de l'encadrement sur les chantiers du Bâtiment. Dans *Actes du 37ième Congrès de la SELF « Nouvelles formes de travail, nouvelles formes d'analyse »* (p. 127-133). Aix en Provence, France. Récupéré du site : http://www.ergonomie--self.org/documents/37eme-Aix-en-Provence-2002/six.pdf

Sonntag, M. (2002). Le schéma d'action : outil de figuration des représentations dans l'analyse des pratiques professionnelles. *Revue française de pédagogie, 138*, 29-38.

Sperandio, J. C. (1984). *L'ergonomie du travail mental*. Paris : Masson.

Sperandio, J. C. (2013). La compensation des handicaps : solutions techniques et organisationnelles. In A. Drouin (Ed.), *Ergonomie Travail, Conception, Santé. Cinquantenaire de la Société d'Ergonomie de Langue Française* (pp. 307–323). Toulouse : Octarès.

Stiker, H.-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. *Champ Psychosomatique*, *45*(1), 7. doi:10.3917/cpsy.045.0007

Stone, D., & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of Management Review*, *21*(2), 352–401.

Strauss, A. L. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme.* Paris : L'Harmattan.

Teiger, C., & Laville, A. (1991). L'apprentissage de l'analyse ergonomique du travail, outil d'une formation pour l'action. *Travail et Emploi*, *47*(1), 53–62.

Thibault, J. F. (2002). Quand le processus de prescription reflète la performance de l'intervention ergonomique. In J. M. Evesque, A. M. Gautier, C. Revest, Y. Schwartz, & J. L. Vayssière (Eds.), *Les évolutions de la prescription* (pp. 370–375). Aix-en-Provence : GREACT et SELF.

Thierry, D. (1995). Métier, mobilité et employabilité : questionnement. In *Actes du 6ème congrès de l'AGRH* (pp. 778–788).

Thievenaz, J., Tourette-Turgis, C., & Khaldi, C. (2013). Analyser le « travail du malade » : nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation thérapeutique. *Éducation Permanente*, *195*(2), 47–58.

Tran Van, A. (2010). *Pratique collective de l'intervention ergonomique : comment les ergonomes font-ils pour travailler ensemble ? L'exemple de la pratique des ergonomes consultants* (thèse de Doctorat en Ergonomie, Université Victor Segalen Bordeaux 2, France). Récupéré du site : www.theses.fr/2010BOR21704/abes/TheseTRAN_-_VAN_-_.pdf

Université Virtuelle de Médecine du Travail. (2005). *Législation : Secrets professionnels du médecin du travail*. Récupéré du site : http://www.uvmt.org/article.php?sid=35

Van Daele, F., & Carpinelli, F. (1996). Anticipation de l'action et anticipation du processus : l'influence de la situation. In J. M. Cellier, V. de Keyser, & C. Valot (Eds.), *La gestion du temps dans les environnements dynamiques* (pp. 200–220). Paris : PUF.

Van Daele, F., & Carpinelli, F. (2001). La planification dans la gestion des environnements dynamiques : quelques apports récents de la psychologie ergonomique. *Psychologie Française*, *46*(2), 143–152.

Vermersch, P., & Weill-Fassina, A. (1981). Image opérative ou représentation fonctionnelle ? 1 A Propos de quelques difficultés sémantiques. In *L'image opérative, Actes d'un séminaire et recueil d'articles d'Ochanine* (pp. 44–60). Paris : Université Paris 1.

Viau-Guay, A. (2009). *Analyse de l'activité déployée par l'ergonome lors de difficultés professionnelles : contribution à la formation initiale* (thèse de Doctorat en Ergonomie, Université Laval, Québec, Canada). Récupéré du site : http://www.cgsst.com/stock/fra/these_a_viau-guay_final.pdf

Vilatte, J. C. (2007). *L'entretien comme outil d'évaluation. Formation « Évaluation ».* Lyon : Laboratoire Culture et communication, Université d'Avignon, 65 p. Récupéré du site : http://www.lmac-mp.fr/images/imagesFCK/file/outils/jcvilatte/jcvilatte_lentretien.pdf

Ville, I. (2010). From inaptitude for work to trial of the self. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche Sur Le Handicap*, *4*(1), 59–71. doi:10.1016/j.alter.2009.11.007

Ville, I., Ravaud, J. F., & Letourmy, A. (2003). Les désignations du handicap : des incapacités déclarées à la reconnaissance administrative. *Revue Française Des Affaires Sociales*, *1-2*, 31–53.

Volkoff, S., & Molinié, A. F. (2011). L'écheveau des liens santé-travail, et le fil de l'âge. In A. Degenne, C. Marry, & S. Moulin (Eds.), *Les catégories sociales et leurs frontières* (pp. 323–344). Laval, Quebec : Presses de l'Université de Laval.

Watine, P. (2005). Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France. *EMC - Toxicologie-Pathologie*, *2*(3), 111–136. doi:10.1016/j.emctp.2005.06.001

Weill-Fassina, A. (1993). Dynamique de Représentations et Gestion des Actions : Présentation. In A. Weill-Fassina, P. Rabardel, & D. Dubois (Eds.), *Représentations pour l'action* (pp. 237–247). Toulouse : Octarès.

Weill-Fassina, A. (2012). Le développement des compétences professionnelles au fil du temps, à l'épreuve des situations de travail. In A. F. Molinié, C. Gaudart, & V. Pueyo (Eds.), *La vie professionnelle : âge, expérience et santé à l'épreuve des conditions de travail* (pp. 117–144). Toulouse : Octarès.

Weill-Fassina, A. (2013). A imagem operativa de Dimitri Ochanine em contexto : uma introdução aos textos de D. Ochanine e C. Teiger. *Laboreal*, *9*(1), 84–91.

Weill-Fassina, A., Rabardel, P., & Dubois, D. (1993). Représentations pour l'action. Toulouse : Octarès.

Winance, M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, *17*(66), 201–227.

Winance, M., Ville, I., & Ravaud, J.-F. (2007). Disability Policies in France: Changes and Tensions between the Category-based, Universalist and Personalized Approaches. *Scandinavian Journal of Disability Research*, *9*(3-4), 160–181. doi:10.1080/15017410701680795

Wolff, M., Burkhardt, J.-M., & de la Garza, C. (2005). Analyse exploratoire de "points de vue" : une contribution pour outiller les processus de conception. *Le Travail Humain*, *68*(3), 253. doi:10.3917/th.683.0253