



Entretien

Stéphanie WATRELOT : « Les entreprises n’ont pas de vision globale de la prévention, les dirigeants ne sont pas formés à cela, chacun reste focalisé sur ses propres difficultés. »

Stéphanie Watrelot, Ergonome européen®, enseignante à l’Ilis (Université de Lille), qui prépare une thèse de doctorat en ergonomie qu’elle soutiendra en 2025 sur le thème de l’activité des équipes soignantes confrontée au modèle organisationnel en chirurgie ambulatoire, évoque son parcours professionnel en tant qu’infirmière puis comme ergonome, parle de sa découverte de l’ergonomie et de la façon dont cette discipline peut permettre aux entreprises d’allier tout à la fois prévention et productivité au service d’un collectif de travail, et décrit ses travaux de recherche.

Quel est ton parcours professionnel ?

Stéphanie Watrelot. A la base je suis infirmière, c’est une vocation, ce n’est pas un métier que j’ai choisi, c’est un choix qui s’est imposé à moi ; c’est la dimension « aide » et l’approche de la personne qui m’intéressaient. C’est un métier auquel j’étais destinée, pour moi, j’allais y faire toute ma carrière, c’était viscéral. J’ai eu mon Bac et mon concours simultanément. Avant de débiter le cursus infirmier j’ai souhaité faire trois mois, en tant qu’ASH, en service de neurologie, durant les vacances, avant la rentrée, pour voir si le milieu hospitalier allait me plaire. Ça a été une révélation, je savais que j’étais faite pour ce métier. Je n’étais pas en service aiguë, mais en service de suite, sur des missions de bio-nettoyage. Ça m’a permis de me dire que le milieu hospitalier ne me faisait pas peur. J’ai travaillé durant ma première année en tant qu’ASH, puis en deuxième et troisième année en tant qu’aide-soignante pour financer mes études. A l’obtention de mon diplôme, j’ai eu un poste en cardiologie. Je me suis aperçue alors qu’il y avait un écart entre le monde dans lequel on nous implantait en tant qu’étudiant, avec les valeurs qui étaient portées, une vision idéalisée, ça s’est fait dans la douleur.

En quoi l’idée que l’on se fait du métier d’infirmier est-elle faussée ?

SW. Des études montrent que les infirmiers restent dans leur métier de 5 à 10 ans, pas plus. Il y a des sorties de l’emploi. Pourquoi ? La réanimation ne me plaisait pas, j’avais besoin du contact. La prise en charge doit être globale, je ne voulais pas traiter une pathologie, mais un être humain avec son parcours de vie, avec des peurs, avec un vécu, pour l’accompagner avec ses particularités, ses spécificités. Mon métier, je le concevais comme ça. Je me suis vite aperçue qu’on nous faisait entrer

dans un processus normé. On quitte vite l'aspect relationnel, ça a été un choc quand j'ai pris mon premier poste : je me suis retrouvée sur le remplacement de deux infirmières en cardiologie, il y avait deux aides et j'étais la seule infirmière car il y avait eu une absence imprévue ; je me souviens de ce patient, un grand gaillard qui avait subi une opération, auquel il fallait retirer des enveloppes, des agrafes ; au final c'était un geste bénin par rapport à ce qu'il avait subi mais il avait une peur bleue de ce geste, il fallait prendre le temps de lui expliquer et de le rassurer, mais un médecin est arrivé en me disant que je n'étais pas là pour discuter, que d'autres patients m'attendaient. Là j'ai reçu une claque.

C'est une question de temps disponible, c'est une question de contraintes ?

SW. Dans mon cas, je me suis dit que je n'étais pas là pour faire du travail à la chaîne et que si je ne pouvais pas exercer mon métier tel que je le voyais, avec les valeurs que j'y mettais, je ne pourrais pas le faire sans souffrir. Dans tout métier on est confronté à des contraintes externes, surtout dans les services ambulatoires où l'organisation du travail est hybride, une partie de la prise en charge se passant dans le service, une autre partie en extérieur, en amont, une partie au bloc opératoire, en lien avec d'autres services, et ensuite en extérieur, avec la médecine de ville. Finalement, les équipes soignantes se retrouvent à devoir gérer des contraintes externes, à devoir s'adapter à la réalité des contraintes. Le cadre de santé fait le tampon avec la direction, mais à ce niveau les difficultés ne peuvent pas être traitées. La régulation passe par le terrain. La direction a une méconnaissance totale des réalités du travail parce qu'elle se base sur des indicateurs chiffrés, normés, dans lesquels n'apparaissent pas les plaintes des patients. Avec une qualité reconnue, peu d'arrêts, pas d'accidents de travail, on remplit les taux, tout va bien. Sauf que derrière, si les chiffres sont bons, c'est parce qu'une équipe s'investit.

La mise en place d'objectifs peut participer à une dégradation des conditions de travail ?

SW. Dans le milieu hospitalier, l'aspect réglementaire, avec la planification, les objectifs de qualité totale, les objectifs de performance économique, avec les réorganisations des gouvernances, imposent des contraintes aux établissements. Les directions doivent composer avec ces contraintes pour entrer dans leurs coûts tout en répondant aux exigences réglementaires, et les équipes tentent de faire tant bien que mal leur activité en mettant de la qualité et du cœur, mais avec tellement d'exigences que l'on aboutit à des dégradations des conditions de travail, à des dégradations de la prise en charge, et à de la souffrance, s'il n'y a pas de collectif soudé. On a transformé le métier de l'infirmier, la prise en charge se passe par un entretien téléphonique, les médecins ne sont plus présents dans le service pour réguler les situations. Dans des services classiques, les tours, qui devraient se faire avec des médecins, se font avec des infirmières. Tout est régit par des protocoles, y compris pour les aptitudes à la ville, et avec des protocoles qui peuvent être différents suivant les chirurgiens, suivant les spécialités, et avec des différences au sein d'une même spécialité, pour un même geste, avec des opérateurs différents ; donc il y a un flou total sur la prescription et il n'a pas un consensus des métiers sur la manière dont il faut gérer le parcours. J'ai réalisé mon travail de thèse sur un établissement de ce type, et avec des difficultés à communiquer entre les différents services impactés, les consultations opératoires, les consultations anesthésie, les consultations des spécialités, avec des procédures différentes selon les spécialités.

Dans ton cas comment s'est opérée la bascule vers la santé-travail ?

SW. Quand j'ai suivi ma formation d'infirmière, je n'étais pas là en supplément durant les stages, mais dans des effectifs complets, en étant accompagnée. Je n'ai eu que des stages de qualité. Ils

étaient adaptés avec le niveau d'études. En première année on commençait avec les soins d'hygiène au confort, les bilans sanguins, la prise en charge de l'environnement... la confrontation à la réalité, je ne l'ai comprise qu'une fois en poste. J'ai pris les pages blanches, j'ai envoyé des candidatures spontanées à des services dans lesquels il pouvait y avoir des infirmiers, y compris en médecine du travail, et j'ai été rappelée par le service interentreprises d'Hénin-Beaumont. C'était en 2007, à l'époque il n'y avait qu'une seule infirmière dans le service. Ma candidature n'a pas été retenue, mais le président du service était l'ancien DRH d'une entreprise qui cherchait une infirmière ; il m'a recommandée. L'établissement était rattaché au service de santé au travail, un médecin se déplaçait dans l'entreprise. L'infirmière était salariée de l'entreprise. C'est de cette façon que j'ai eu mon premier poste d'infirmière en entreprise. Je n'avais pas de formation en santé-travail. J'ai appris sur le tas. J'étais seule, il n'y a pas eu de passation, l'infirmierie était fermée depuis un an. J'ai heureusement pu rencontrer les autres infirmières du groupe.

On pense tout de suite « ergonomie » quand on arrive en santé-travail ?

SW. C'est l'ergonomie qui m'a ouvert les yeux et qui m'a apporté des éléments de compréhension. Je ne connaissais rien à l'ergonomie. J'étais rattachée au service sécurité, mon responsable était le HSE de l'entreprise, qui, lui, avait une formation en ergonomie. Je ne tenais pas en place, il m'a incitée à sortir de l'infirmierie, à ne pas attendre le soin, à me rendre dans les ateliers pour connaître les métiers et comprendre les conséquences des expositions. A côté de ça il avait besoin d'aide pour réaliser des cotations au niveau des postes, pour les améliorer du point de vue technique, donc je l'ai appuyé dans sa démarche. Cette personne a quitté l'entreprise un an après, et je me suis retrouvée avec un nouveau responsable qui, lui, me demandait plutôt de rester dans l'infirmierie et d'attendre le soin. J'avais interdiction de me rendre dans les ateliers, je devais juste accompagner le médecin durant les visites médicales... pour moi l'infirmier devait être là pour faire le lien, pour amorcer la discussion sur la prévention primaire, et on me demandait de n'être plus là qu'en prévention tertiaire. Sauf que je commençais à aborder d'autres facettes du métier, avec la prévention primaire, ce qui m'intéressait beaucoup plus. J'ai donc postulé ailleurs.

Il a fallu te former pour maîtriser cette nouvelle matière ?

SW. J'ai été recrutée dans une entreprise textile. L'équipe cherchait une infirmière qui serait en mesure de faire des cotations de poste et de réaliser une formation Prap. Je me suis formée en tant que formatrice sauveteur secouriste du travail. Ça a duré une année, l'entreprise a fermé. Le médecin du travail en poste dans cette entreprise avait remarqué mon intérêt pour tout ce qui influence le travail, il m'a parlé du DU d'ergonomie des systèmes de travail qui était organisé à Lille par Xénophon Vaxevanoglou. J'ai postulé à ce DU, dans l'idée d'avoir une corde de plus à mon arc en tant qu'infirmière. Dans le DU il y avait de tout, un infirmier, un DRH, un juriste, on était tous là en formation continue, ce n'était pas de la formation initiale. Le DU c'était une semaine de cours par mois, on avait tous des profils en reconversion, en reprise d'études. C'était très riche car nos débats étaient orientés autour de notre vécu au travail. Pendant le DU, j'ai compris pourquoi je n'avais pas pu résister au rythme de l'hôpital, pourquoi l'environnement et les contraintes auxquelles j'avais été exposée généraient une souffrance, et pourquoi il était impossible d'avoir des prises en charge de qualité. J'ai été contactée par un « chasseur de tête », pour travailler dans une entreprise qui cherchait une infirmière à former à l'ergonomie. J'ai été recrutée en bénéficiant d'un aménagement de mes horaires afin de me permettre d'aller en cours une semaine par mois.

Quelle était la vision de l'entreprise par rapport aux orientations que tu pouvais apporter ?

SW. Le directeur était ouvert à cette vision systémique qui visait à comprendre ce qui influençait les process, ce qui limitait les marges de manœuvre et générait des conséquences sur la santé et la performance. L'entreprise cherchait une infirmière qui serait capable d'analyser des situations de travail, dans le but de mettre en place des plans d'action. Le directeur m'a suivie quand j'ai exposé le résultat de ma première intervention ergonomique, en lui expliquant qu'on ne devait pas se limiter à la situation de travail mais qu'on avait besoin de comprendre l'ensemble des déterminants, y compris la culture, la stratégie de l'entreprise : c'est ce qui m'a incitée à m'impliquer dans un master. L'entreprise m'a proposée de financer mes deux années de master, avec pour objectif, à termes, d'occuper un poste d'ergonome pour les deux sites de production et les trois sites de logistique de l'enseigne. Il y a eu deux changements de directeurs, le second était sur la même ligne que le premier, le troisième, tout en me permettant de terminer mes études d'ergonomie, m'a dit qu'il voulait que je reste infirmière. J'ai eu la chance d'avoir des expériences en industrie et après je me suis orientée vers la santé-travail. Là encore c'est un concours de circonstances qui m'y a amenée.

Le master d'ergonomie a confirmé la façon dont tu voyais le monde du travail ?

SW. Mon master m'a formée à l'ergonomie de l'activité : je m'attache à construire socialement les interventions, l'objectif ce n'est pas uniquement la transformation de la situation de travail, c'est aussi l'évolution et la transformation du management de la prévention, de la construction des interactions, de la remontée des informations et de la construction des régulations aussi bien au niveau du terrain que des différentes strates hiérarchiques. En entreprise, on a un double résultat à atteindre à la fois, la santé et la performance, on ne peut pas déconnecter ces deux pôles. Une entreprise est là pour produire des biens, des services, des prises en charges. On sait qu'il y a des contraintes externes. Moi je ne suis pas là pour créer du bien-être au poste de travail, je dois proposer une organisation qui permette de réaliser les activités qui relèvent des missions des collaborateurs, à tous les niveaux, même managérial, dans des conditions optimales. S'il n'y a pas des conditions organisationnelles qui permettent d'avoir les moyens de faire du travail de qualité sans risquer son intégrité physique et mentale, des moyens temporels, humains, matériels et au niveau de la formation, on a beau mettre en place des *opens space*, avec du superbe mobilier, des prestations de bien-être, des paniers de fruits ou autre, cela ne permet pas de préserver la santé, la sécurité physique et mentale, l'adhésion des collaborateurs-

Une démarche ergonomique c'est forcément une construction collective ?

SW. Prenons le cas des infirmières sur le terrain, la construction se fait à plusieurs niveaux. Déjà, il faut rendre le travail réel visible, c'est-à-dire que la direction, ici le président de la CME (Commission médicale d'établissement), le secrétaire général, le DRH, le directeur des soins infirmiers, des personnes qui ont l'habitude de gérer des enjeux stratégiques et qui ont une vision éloignée du terrain, prennent conscience de la réalité du travail, des contraintes rencontrées par leurs soignants, de ce que cela génère comme conséquences, et des régulations individuelles et collectives qui sont activées pour gérer les situations réelles. A côté, je travaille avec le terrain sur des axes de transformation : quels seraient les axes prioritaires à déployer, comment interagir dessus, qu'est-ce que je pourrais construire pour améliorer la prise en charge, améliorer les conditions de travail, et avoir une anticipation des contraintes qui pourraient arriver dans le futur, comme par exemple l'intégration de nouvelles spécialités ? Cette construction collective, je la remonte à un premier niveau où l'on va retrouver le cadre de santé, le médecin responsable du service et le cadre de pôle, ainsi que le médecin chef de pôle et le médecin adjoint. Une fois qu'on a présenté ce diagnostic et les

axes prioritaires, considérés comme prioritaires par le terrain, je les mets en discussion avec cette instance un peu plus stratégique, mais qui a encore un pied sur le terrain. Et je vois, en fonction des contraintes et des obligations identifiées, quels sont les axes de transformation sur lesquels on va pouvoir agir, et ce, à court, moyen et long terme.

Pourquoi une entreprise fait-elle appel à un ergonome ?

SW. Généralement quand une entreprise fait appel à un ergonome c'est que la problématique est connue mais que l'entreprise n'a pas su apporter de solution. Je prends l'exemple d'une entreprise agro-alimentaire qui m'a sollicitée avec une problématique dorso-lombaire, des accidents du travail, des démissions, des arrêts multiples : le directeur me reçoit, c'est une PME, une entreprise familiale de troisième génération voulant monter un dossier pour financer un exosquelette. Il est allé à un salon professionnel, l'outil avait retenu son attention. Les bouchers de sa PME portent des carcasses de 80kg, pour lui le problème c'était la manutention, il voulait que je l'aide à justifier l'exosquelette. Et là j'ai repris les choses : « Si vous faites appel à moi c'est que vous faites face à une problématique à laquelle vous n'avez pas pu répondre, c'est que vous avez déjà demandé à vos interlocuteurs en entreprise d'apporter une solution, donc d'abord je vais les rencontrer, je vais vous questionner sur le contexte ». En questionnant les équipes je me suis aperçue que le problème est apparu quand ils ont construit un nouvel atelier, plus grand, plus beau, plus performant, avec un outil technique magnifique. En creusant, en interrogeant les différents points de vue, on identifie les enjeux sécurité, santé-travail, en termes d'atteinte des objectifs de production, en termes aussi de conservation de l'expertise métier.

Les modèles que tu proposes en tant qu'ergonome sont-ils applicables en pratique ?

SW. Je ne me vois pas comme une experte mais comme accompagnant la réflexion. La construction sociale nécessite la mise en place d'instances : un comité de pilotage, qui va être destinataire des diagnostics et des pistes de réflexion, puis le groupe de travail ; je propose un plan d'intervention, si la direction le signe, elle s'engage à respecter les termes de l'intervention, qui est basée sur une démarche participative, avec des rendus intermédiaires pour faire aussi évoluer les acteurs stratégiques sur leur vision du travail et sur leur vision des choix qui sont faits en termes de risques professionnels. Suite à cela il y a une présentation de l'intervention à l'entreprise, ensuite il y a une prise de contact avec le terrain, avec les managers de proximité et avec les collaborateurs. On a des temps d'observation globale pour comprendre l'amont, l'aval, où se situe le secteur, quelles sont les problématiques d'ordre général, avant de formuler des hypothèses et d'aller sur une observation plus détaillée. Ça peut porter sur une incompréhension du dispositif, sur une problématique liée à la manutention manuelle, sur des problématiques de communication ou de prescription des activités, par exemple, des ordres de fabrication basés sur des stocks mais qui montrent un écart entre les stocks prescrits et les stocks réels, ce qui aura une incidence sur l'atteinte des objectifs...

L'ergonome se retrouve donc à l'articulation entre les opérateurs de terrain et la direction ?

SW. Tout ça je vais le mettre en observation, une fois les entretiens passés, avec mon groupe de travail constitué du manager de proximité - si on a une bonne entente, sinon je le fais à part - et avec les opérateurs de terrain. Je valide avec eux mon diagnostic, je m'assure d'avoir pris en considération les problématiques majeures, et je vois avec eux ce qu'il faudrait transformer pour sortir de la situation problématique, donc, dans mon exemple, des pathologies dorso-lombaires et des TMS. On a trouvé des origines dans l'ensemble des déterminants du travail. Ce diagnostic, je le présente à la direction, avec les partenaires sociaux, qui y ont été préalablement préparés. Je ne suis pas restée

sur leur problématique de manutention, mais je suis allée plus loin sur leur organisation de la production, du travail, la conception, l'aménagement de situations de travail, le style de management. Tout est pris en compte. Quand je présente le diagnostic ça produit généralement beaucoup de remontées. Les entreprises n'ont pas de vision globale de la prévention, les dirigeants ne sont pas formés à cela, chacun reste focalisé sur ses propres difficultés. Tout fonctionne de manière cloisonnée. Plutôt que de voir le problème dans sa globalité, chacun essaye d'apporter sa solution sans entrer en interaction.

Le diagnostic de l'ergonome ne constitue donc qu'une première étape pour l'entreprise ?

SW. La restitution du diagnostic ne marque pas la fin de l'intervention, au contraire, car, après, le comité de pilotage va devoir prioriser les axes de travail, et, en fonction des thèmes choisis, il faudra constituer des groupes de travail de terrain. Je vais concevoir, avec les ressources internes, les solutions sur les thèmes envisagés. Ça peut être du travail sur les plannings, sur la façon de construire des prescriptions qui tiendront compte de la réalité, ça peut porter sur la conception de postes de travail. Quand j'étais ergonome en interne ce qui me manquait c'était les marges de manœuvre pour les transformations organisationnelles, car quand on est salarié d'une entreprise on ne peut pas se permettre de critiquer le modèle dans lequel on est inclus. C'est pour cela que je suis partie en service de santé au travail. Là je pouvais déployer la démarche d'intervention comme on l'avait vu dans le monde universitaire, avec une construction collective, en respectant toutes les étapes, pour aboutir à un diagnostic coconstruit. Par contre, ce qui était frustrant, c'est qu'on ne pouvait pas accompagner le changement jusqu'au bout. On faisait le diagnostic, on proposait des pistes de solution, mais on était rarement appelé pour l'opérationnalisation.

La démarche de l'ergonome est différente en service de prévention et de santé au travail ?

SW. En service inter le médecin est prescripteur, c'est lui qui fait la demande. J'ai travaillé dans deux services de santé au travail. Dans le premier, j'étais rattachée à un secteur géographique, je connaissais très bien les médecins et les entreprises, et en général ils me parlaient des situations avant que la demande ne soit faite. J'étais sur un même territoire, ce qui permettait de construire une action dans la durée, d'avoir une continuité de travail, car je connaissais les portes-feuilles d'entreprises et les secteurs d'activités. Mais si j'intervenais dans un Ehpad et que ça se passait bien, les autres médecins, par un effet de bouche à oreille, me renvoyaient tous leurs Ehpad. Dans le second service, les ergonomes étaient regroupés sur un plateau commun, on perdait de ce fait la relation de proximité avec les médecins, par contre en termes de pratique professionnelle, de diversité de secteurs d'activités, c'était d'une grande richesse. Quand le médecin fait une demande d'intervention, en tant qu'ergonome j'ai une indépendance technique : c'est bien mon analyse de la demande et le protocole d'intervention que j'ai mis au point qui vont être suivis. Bien sûr, au préalable avec le médecin, il y a une enquête sur les indicateurs retenus, sur les risques professionnels, cette démarche nous permet d'inclure des domaines d'investigation complémentaires, mais généralement les médecins nous suivent, car nous apportons un autre regard.

La profession d'ergonome est protégée ?

SW. Je suis Ergonome européen® depuis dix ans. Ergonome, ce n'est pas comme les médecins, ce n'est pas comme les infirmiers, le titre n'est pas protégé. Des kinés qui ont suivi un module d'ergonomie, par exemple, peuvent se dire « ergonome ». Cependant la profession se structure. Il existe aussi le titre d'Ergonome junior certifié (EJC), attribué à tous les diplômés d'un des masters

d'ergonomie reconnus par le Collège des enseignants-chercheurs en ergonomie, qui vient garantir le niveau de compétences, c'est un gage de qualité. L'an prochain je vais soutenir ma thèse de doctorat. J'assure aussi un demi-service à l'Ilis comme enseignante en master 1 et en master 2 d'ergonomie, plus le suivi des stages et mémoires. Pour moi c'est indissociable, on ne peut pas faire abstraction de sa pratique si on veut former des futurs ergonomes. Mon travail de recherche ne porte pas sur mon activité professionnelle, c'est un sujet à part que j'ai autofinancé. Avoir été infirmière m'a sans doute aidée, car sur le terrain les infirmiers se sont tout de suite livrés à moi sans qu'il ne faille montrer patte blanche. J'avais une manière de communiquer avec eux qui leur semblait naturelle. En fait, je n'ai pas su m'arrêter, j'aime apprendre, quand je suis dans un environnement qui me donne l'impression de stagner, ça ne me va pas. Faire une thèse donne du sens à mon parcours, c'est un peu comme si ce que j'avais compris de mon expérience professionnelle, je le mettais maintenant au service des entreprises.