



Entretien

Louis-Marie HARDY : « Il a fallu mettre en place une méthode de travail commune entre les ergonomes du Cisst, pour que les protocoles d'intervention soient cohérents. »

Louis-Marie Hardy, ingénieur de formation, ayant travaillé en production et en logistique avant d'intégrer une fonction de direction au CDMT dans les années 2000, puis la direction générale de Pôle santé travail métropole nord, aujourd'hui à la retraite, revient sur les débuts de la pluridisciplinarité et sur les premières plateformes développées en région, et donne son point de vue sur le rôle joué par les ergonomes dans les services de santé au travail aujourd'hui, contribuant ainsi au projet d'ouvrage sur l'ergonomie dans les Hauts-de-France entrepris en 2020 par l'ISTNF, en partenariat avec les Archives nationales du monde du travail, la Commission histoire de la Self et Présanse Hauts-de-France.

ISTNF. Comment s'organisait l'ergonomie au CDMT quand tu y es arrivé ?

Louis-Marie Hardy. Je suis arrivé au CDMT de Lille en 1995, dix ans après Daniel Levent, il était le seul ergonome à l'époque, au sein de l'équipe pour un service de médecine du travail qui suivait 130 000 salariés et qui disposait de 80 médecins du travail. Daniel Levent intervenait à la demande des médecins du travail pour des études diverses, notamment sur l'optimisation des conditions de travail au niveau du bruit, de la ventilation, de la climatisation, de la métrologie. Il est intervenu plus tard sur l'organisation du travail. Quelques années après mon arrivée, le service a recruté un second ergonome, Christophe Leviel, pour préparer le départ de Daniel Levent, le former auprès de lui et développer l'activité. Avec la loi de 2002 sur la pluridisciplinarité, le service a rapidement travaillé sur ce sujet, en le faisant rentrer dans un cadre global, à partir d'une démarche de projet de service. C'était bien avant la loi de 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, on arrivait au constat que les médecins du travail devaient travailler en équipe avec des personnels pluridisciplinaires.

ISTNF. Comment les médecins du travail sollicitaient-ils l'ergonome ?

LMH. Daniel Levent s'occupait de la métrologie et de l'ergonomie. Les médecins du travail restaient les chefs d'orchestre, ils faisaient des mesures de bruit, de lumière, menaient des enquêtes et ne faisaient appel à l'ergonome qu'en cas de difficulté, pour un complément d'information. Daniel Levent aidait les médecins du travail à se former sur la cardiofréquencemétrie. Jusqu'alors, les

médecins du travail se formaient à toutes les disciplines, en psychologie, en ergonomie, en s'inscrivant à des formations à l'Afométra, de façon à pouvoir intervenir sur tout sujet les intéressant en entreprise. Il a fallu attendre les années 2002 pour qu'on développe réellement la pluridisciplinarité, mais des avant-projets avaient tout de même été menés : un premier projet de service avait été développé en 1999, qui portait sur le travail d'équipe. En 2001, on venait de lancer la formation des assistants en santé-travail sur les mesures physiques, pour aider les médecins du travail dans certains domaines ; les assistants participaient notamment à la préparation de la fiche d'entreprise sous le contrôle de l'ergonome. A l'époque les ergonomes réalisaient un travail d'encadrement.

ISTNF. Comment est venue l'idée de créer une plateforme pluridisciplinaire ?

LMH. Le Centre interservices de santé au travail (Cisst) a été créé en 2003, juste après la loi de modernisation sociale. Le Cisst a été créé parce que les employeurs de la métropole lilloise estimaient qu'il fallait homogénéiser le travail rendu par les SST. Cinq services de santé au travail sont entrés dans la démarche : STFA Armentières, AIMST Roubaix, SMIA Marcq-en-Baroeul, Aisst Lille, et le CDMT (devenu Amest en 2003). J'ai pris en charge la coordination du Cisst, il fallait mettre en commun nos moyens. Le CDMT disposait de deux ergonomes (Daniel Levent et Christophe Leviel) et de deux toxicologues (Bernard Fontaine et Anne-Sophie Bonnet), les SST, qui ne disposaient pas de profils similaires au sein de leurs équipes, souhaitaient que les prestations données par ces professionnels soient organisées par le CDMT. Tous les SST voulaient ce type de service. Le Cisst a donc été créé sous la forme d'un Groupement d'intérêt économique (GIE). On a commencé à embaucher d'autres personnes, à l'exemple de Nathalie Delattre, qui a été rapidement recrutée comme ergonome pour compléter l'équipe du Cisst.

ISTNF. Le Cisst était une entité autonome ?

LMH. Les techniciens étaient salariés du Cisst et devaient intervenir pour les SST à la demande. Ils intervenaient sur demande du médecin du travail et proposaient une évaluation d'intervention, une sorte de devis, organisaient un rendez-vous avec le médecin du travail, et ensuite le Cisst refacturait la prestation au prorata des heures de travail fournies par chacun. C'est le médecin du travail qui donnait le La et qui validait le rapport. On a tenté d'ouvrir le Cisst à des entreprises qui n'étaient pas adhérentes en imaginant qu'elles pourraient le solliciter en direct, sous validation du médecin du travail de l'entreprise, mais ça n'a pas pris. On voulait en permanence que le médecin du travail garde le contrôle de la démarche, aucune intervention du Cisst ne se faisait sans l'autorisation du médecin du travail : c'était un GIE, pas un cabinet de consultant. L'ergonome n'était pas affecté à un secteur géographique, tout dépendait de la demande. Il n'y avait pas d'ergonome dans les autres SST, et comme les demandes allaient de façon croissante, il nous a fallu embaucher d'autres personnes, comme Tommy Dubois. Il a fallu mettre en place une méthode de travail commune entre les ergonomes du Cisst, pour que les protocoles d'intervention soient cohérents. Les ergonomes se répartissaient les demandes des médecins du travail en autonomie.

ISTNF. Les ergonomes étaient-ils répartis dans les centres médicaux ?

LMH. En fonction des demandes, tel ou tel ergonome prenait la main. Toutes les semaines ils se réunissaient pour partager les missions. Les ergonomes n'étaient pas affectés à une équipe particulière, et cela en accord avec les ergonomes eux-mêmes, car ça leur permettait d'échanger entre eux et de nourrir leurs expériences en constituant une base de données communes. Le Cisst s'est développé également dans d'autres activités : nous avons mis en place la démarche qualité

(démarche de progrès du Cisme) et la démarche formation en 2005. Le GIE nous a permis de travailler ensemble et de préparer le projet de fusion des SST de la métropole, projet qui a démarré en 2008, avec deux phases de fusion en 2009 et 2010. Nous avons conservé le Cisst comme plateau pluridisciplinaire jusqu'en 2012 ; la Direccte Nord – Pas-de-Calais nous a ensuite demandé de réintégrer les équipes pluridisciplinaires dans le nouveau service de santé au travail qui venait de se constituer, après la fusion avec Douai notamment. Fin 2012 début 2013 tous étaient réintégrés au sein de Pôle santé travail métropole nord. Nous comptons 13 ergonomes aujourd'hui dans le service.

ISTNF. D'autres initiatives ont-elles été portées par les SST en région ?

LMH. Dans la métropole lilloise, l'ergonomie est passée par le Cisst. Nous ne voulions pas de dérive éthique au sein du Cisst, c'est bien le médecin du travail qui passait commande. Ça ne s'est pas passé de la même façon avec le Sise sur la Côte d'opale, qui est resté indépendant du service de santé au travail ; l'Astil a depuis embauché ses propres ergonomes. Le Gisset existait déjà quand nous avons créé le Cisst, il avait été créé en 1998 par Alain Cuisse. Le Gisset a eu une démarche similaire, mais il avait été créé à l'origine pour permettre à 9 services de santé au travail d'acheter en commun un camion de radiologie numérique et de partager les moyens. Le CDMT avait déjà un camion radio nous n'avons donc pas participé à ce projet au départ. En 2004 le Gisset s'est mis lui aussi à développer la pluridisciplinarité en embauchant des ergonomes. Dès que les ergonomes travaillaient à temps plein ils étaient embauchés dans un des SST du groupement, c'était la logique du Gisset : la plateforme était là pour démarrer la pluri. Au moment de la fusion entre les services de la métropole, Roubaix et Douai étant membres du Gisset, nous avons donc finalement nous aussi intégré le Gisset.

ISTNF. Comment évolue l'équipe aujourd'hui ?

LMH. Nous avons ensuite déménagé le siège de Pôle santé travail métropole nord dans le quartier Vauban à Lille pour y réunir les équipes pluridisciplinaires et réorganiser l'ensemble du service. Aujourd'hui le rôle de Nathalie Delattre a changé, elle est devenue responsable du plateau pluridisciplinaire des ergonomes, toxicologues et épidémiologistes. Elle intervient dans le management des ergonomes, sur leur coordination. Plusieurs ergonomes sont entrés dans des fonctions RH ou des fonctions de directions, à l'exemple Olivier Hardouin, qui dirige Médisis à Beauvais, mais les directeurs de service viennent tous d'horizons divers, certains étant tantôt d'anciens financiers, des juristes, nous comptons aussi un infirmier. Les ergonomes sont compétents sur les organisations, quand il a fallu organiser le plan de déconfinement en mai 2020, on a fait appel à eux en interne, idem pour l'aménagement des locaux ou les aménagements de postes des assistants en santé-travail. Les ergonomes font partie intégrante de l'équipe, ils participent à la commission médico-technique aux cotés de toutes les autres professions.

ISTNF. L'ergonomie a-t-elle progressé en entreprise ?

LMH. Je suis ingénieur de formation. J'ai fait mes études il y a près de 45 ans, l'ergonomie à l'époque se résumait pour moi à l'optimisation des processus de fabrication, aux process industriels, j'avais ça en tête, mais je ne pensais pas l'ergonomie comme pouvant porter sur les conditions de travail, ou plutôt pour moi il s'agissait d'une orientation gagnant-gagnant destinée tout à la fois à améliorer la production et à modifier les conditions de travail. J'ai fait de la production et de la logistique, j'ai découvert que l'ergonomie mettait l'homme en avant, pour favoriser de meilleures conditions de travail, mais aussi pour diminuer l'usure professionnelle, tout en travaillant avec les opérateurs, ce qui est essentiel, car ce sont eux qui connaissent le mieux leur poste de travail. C'est ce que font les ergonomes au sein du SST aujourd'hui, ils travaillent en animant un collectif, en coordonnant des

groupes de travail pour échanger sur ces sujets. Très nettement, les problématiques ont pourtant changé. Les RPS, on n'en parlait pas quand j'étais étudiant et quand j'ai démarré mon activité, c'est monté en puissance dans les années 2000 avec l'évolution des organisations de travail et leur identification dans le cadre de l'évaluation des risques et le Document unique. Auparavant le risque existait, mais on ne le prenait pas en compte de façon spécifique.

ISTNF. Qu'est-ce qui différencie l'ergonome en SST d'un consultant ?

LMH. L'ergonome en service interentreprises discute avec le médecin du travail, il est prescripteur, c'est un point essentiel, c'est ce qui nous dissocie de l'action que pourrait mener un consultant. On a élaboré ce mode opératoire au sein du Cisst. Le service de santé au travail organise deux types d'intervention ergonomique aujourd'hui : le diagnostic court, pour répondre à un problème de mesures ou d'évaluation, à la demande médecin du travail, pour l'aider à faire un diagnostic ; l'intervention longue, quand il faut engager l'entreprise dans une démarche de prévention globale. La particularité de cette formule vient de ce que l'on invite l'employeur à entrer dans une démarche d'intervention, on lui demande de s'engager de façon active à prendre en compte la démarche d'intervention, c'est un contrat. Entre 600 et 1000 contrats de ce genre sont passés chaque année. Les entreprises de grande taille comprennent bien le rôle de l'ergonome, les choses ont évolué, mais il faut encore l'expliquer dans les TPE/PME.