



## Michel VIOSSAT

Entretien<sup>©1</sup> avec Annie Drouin  
(13 mai 2020)

*On ne peut oublier Michel Viossat lorsque l'on a eu la chance de le croiser dans son parcours professionnel. J'ai toujours trouvé qu'avec ou sans sa moustache, Michel avait un style très british, même si, en bon périgourdin, j'entendais une sorte d'accent stéphanois... Dans une première approche, Michel est un homme discret, observateur, à l'écoute. Mais quand il prend la parole, c'est un chirurgien des mots... Vous allez découvrir dans le texte qui suit, comment ses mots sont choisis avec rigueur, justesse et précision.*

*À l'époque, de nombreux médecins du travail se sont formés à l'ergonomie, que ce soit à Paris I avec Pierre Cazamian, à la Salpêtrière avec Hughes Monod ou bien au CNAM avec Alain Wisner. Mais très peu se sont formés à la conduite de projets industriels et au fameux cours B4 du CNAM élaboré par François Daniellou, cours au sein duquel j'assurais des TD pendant ma thèse. Encore moins ont réellement intégré la conduite de projets dans leur pratique professionnelle, comme ce fut le cas pour Michel ou bien Bernadette Bernadou ; cela aurait pu les conduire à changer de métier et à devenir ergonome...*

*Michel fait donc partie de ces rares personnes qui ont « traversé la rivière », qui ont su articuler les différents mondes de la santé et de l'ergonomie pour aller « peser » dans le monde des ingénieurs. Comme dirait Michel Serres, il a beaucoup appris de ses multiples traversées et peut-être que Michel (Viossat, cette fois-ci) ne les a pas assez transmises. Entre ces lignes, vous comprendrez qu'il a réussi de « beaux coups » mais qu'il en a pris aussi. Du fait de sa modestie et de sa pudeur, il ne les a pas détaillés et cela correspond bien au bonhomme...*

*Cher Michel, je te salue chaleureusement et je t'encourage à transmettre l'histoire de tes traversées à la communauté des ergonomes mais aussi à celle des médecins...*

*Alain Garrigou*

*AD : Peux-tu nous donner quelques mots de présentation, année de naissance, parcours... ?*

**MV :** Je suis né le 23 septembre 1953 à Valence. Je suis en retraite depuis 6 ans. Fils unique d'un couple de commerçants (mon père était boulanger et ma mère faisait la vente), j'ai vécu mon enfance au contact du travail pénible : engagement physique, horaires décalés, chaleur, poussière...

C'était dans un petit village de haute Ardèche où il y avait 2 ou 3 commerces et des agriculteurs.

Aucun enfant du village n'avait jamais fait d'études au-delà du certificat d'études primaires et la seule

<sup>1</sup> Cet entretien est une publication de la Commission Histoire de la Société d'Ergonomie de Langue française. Tout usage, citation ou publication de l'intégralité du texte ou d'un extrait doit porter la référence : Entretien de la SELF avec Michel Viossat mené en mai 2020 par Annie Drouin. Source : site de la SELF. Lien : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2020/10/viossat-michel.pdf>

représentation de la ville et de l'industrie que nous avions était qu'elle vidait la région de sa jeunesse qui partait y travailler (cf. *La Montagne*, de Jean Ferrat).

J'ai poursuivi des études secondaires dans un internat tenu par des religieux qui accueillait des enfants de familles modestes. Dans ce monde très fermé (une visite des parents toutes les trois semaines), nous participions aux tâches de ménage des locaux. Toujours le contact avec le travail manuel...

En 1970, j'ai obtenu mon bac et je suis entré à la faculté de Médecine de Saint-Étienne. C'était une ambiance très particulière car la faculté avait été créée au printemps 1969 avec un petit nombre d'étudiants et de professeurs. Les locaux étaient ceux d'une ancienne école maternelle et l'amphi des cours magistraux était un gymnase équipé de gradins réalisés avec des éléments d'échafaudage.

Régulièrement, nous nous retrouvions tous dans la rue avec les professeurs pour manifester notre volonté de pérenniser cette faculté bien précaire. Nous manifestions aussi (mais beaucoup moins nombreux !) contre la mise en place du *numerus clausus*, dénonçant une vision comptable de la Santé (eh ! oui, déjà !). En fin de deuxième année, j'ai fait, comme tous les étudiants en médecine de l'époque, un stage de formation aux soins infirmiers. Cela m'a permis ensuite d'exercer comme infirmier de nuit, en parallèle avec mes études. Avec quatre amis, nous avons pris le service de nuit d'un pavillon (à l'époque, l'hôpital était structuré en services situés dans des bâtiments séparés, architecture liée à la nécessité de « confiner » les malades infectieux). Nous assumions donc chacun(e) une nuit sur cinq et un week-end sur cinq de garde. Cela permettait de financer nos études. Le prix du ticket de resto U était très modéré et nous habitions en colocation dans un vieil immeuble.

En 6<sup>ème</sup> année d'études, j'ai découvert la médecine du travail grâce au Professeur Christian Cabal qui arrivait de Lille pour implanter cette spécialité au sein du CHU de Saint-Étienne. Ce fut pour moi une révélation : consacrer son activité à faire en sorte que les gens ne tombent pas malades du fait de leur travail, par une démarche basée sur des connaissances et des méthodes validées. À vrai dire, j'étais plus attiré par le côté scientifique de la médecine que par le soin à proprement parler. Pouvoir exercer auprès de personnes en bonne santé (majoritairement) et agir pour qu'elles le restent me satisfaisaient.

En 1976-1977, j'ai validé mon stage interné d'un an en service de gériatrie au CHU. Cette année m'a confirmé dans mon peu d'appétence pour le soin. Ceci s'est complètement confirmé par un remplacement de médecine de ville : un généraliste, qui effectuait quelques vacations d'attaché au CHU, m'a proposé de le remplacer dans son cabinet pendant une semaine de vacances. Cette expérience a été très difficile pour moi : j'avais l'impression de ne rien savoir d'utile et demander de l'argent aux consultants était chaque fois une épreuve.

Fort de ces « expériences », je suis allé voir le Professeur Cabal pour lui parler de mon souhait de faire de la Médecine du Travail. Il m'a fait m'inscrire au CES de Médecine du Travail qu'il mettait en place et m'a proposé un sujet de thèse : la prévention des lombalgies en milieu hospitalier. Pour me permettre de la réaliser, il m'a fait recruter comme vacataire dans le Service de Médecine de Prévention du Personnel Hospitalier (MPPH). Le chef de service de Gériatrie, où j'avais fait mon stage interné, a accepté que je réalise ce travail auprès des personnels de son service.

*AD : Comment as-tu rencontré l'ergonomie ?*

MV : Dans ce service, travaillait Jacques Laporte, psychologue du travail, qui connaissait l'existence d'une discipline émergente : l'ergonomie. Il m'a passé tout ce qu'il avait comme documentation sur le sujet. Il m'a emmené aussi en passager clandestin à une journée à Paris sur l'ergonomie hospitalière (clandestin, car en tant que vacataire, je n'avais droit à aucune prise en charge de l'inscription et des frais de déplacements par le CHU, alors que lui pouvait en bénéficier). Ah ! le voyage Saint-Étienne - Paris en 2 CV, sous la pluie avec deux fumeurs à l'intérieur !!!)

C'est sur la base de ces documents que j'ai bâti mes analyses des postes de travail des soignants en gériatrie. J'ai donc commencé à faire de l'ergonomie en autodidacte, sans avoir jamais rencontré un ergonome ou un enseignant de la discipline. Mieux ! je l'ai enseignée ! Le Professeur Cabal m'avait demandé, en effet, de faire quelques cours sur l'ergonomie pour mes collègues qui préparaient le CES de Médecine du Travail avec moi. C'était en 1978 / 1979, date à laquelle j'ai été diplômé.

Les propositions de ma thèse, soutenue en 1978, s'articulaient autour de trois axes :

- Adapter les effectifs des différentes catégories de personnel au niveau de dépendance des patients pris en charge. Le calcul s'appuyait sur une méthode mise au point par l'Institut des Soins Infirmiers

en Suisse. La méthode nécessitait une analyse précise des actes réalisés par chacun auprès des patients.

- Adapter le matériel à la réalité des contraintes des malades et des soignants, qui, pour le coup, étaient en contradiction : un lit haut pour faciliter le travail soignant ou la réfection des lits, ou bien un lit bas pour favoriser l'autonomie des patients. D'où la proposition de concevoir des lits à hauteur variable. Nous avons un peu étudié la question avec le mari d'une collègue qui était ingénieur en mécanique. Ah ! si nous avions déposé un brevet !!!

- Former les soignants à des techniques de mobilisation des malades sécurisées, notamment grâce à une méthode enseignée à l'époque à Montpellier par un kiné, Paul Dotte. Cette formation comportait deux axes essentiels : une meilleure connaissance de son corps avec l'apprentissage du verrouillage lombaire, et les méthodes sécurisées pour réaliser divers actes de la vie courante de soignant : lever un malade, le déplacer dans son lit, etc...

Tous les ergonomes le savent : une proposition de formation du personnel est souvent une des mieux acceptées, car elle permet de « faire quelque chose » sans trop remettre en cause d'autres déterminants du travail. Il a donc été accepté de tenter une expérience de formation auprès de personnels de certains services, animée par deux kinés du CHU.

L'expérience a bien fonctionné, mais, pas de chance, elle a débouché sur une découverte imprévue : la mise en œuvre de ces techniques n'était pas compatible avec les blouses à pression des infirmières et aides-soignantes : les mouvements de « fente » provoquaient l'ouverture des vêtements, mettant les personnels dans une situation inacceptable. Il a fallu donc reconnaître la nécessité de changer la tenue de travail pour des ensembles tunique pantalons.

Le directeur général du CHU, rencontré pour lui présenter ces axes de prévention et ce problème vestimentaire, me dit que tout cela était très intéressant mais que cela ne se ferait jamais, car c'était incompatible avec les budgets hospitaliers... Il y a 40 ans, les gestionnaires étaient déjà des visionnaires capables d'anticiper plusieurs exercices comptables !!!

En 1980, comprenant que je n'aurais jamais de poste d'assistant en MPPH (je n'avais pas emprunté la voie royale de l'internat), j'ai recherché un poste qui m'offre de quoi faire vivre ma petite famille.

Début 1981, j'ai été embauché dans un établissement du Ministère de la Défense, un arsenal qui fabrique du matériel pour l'Armée de Terre. Quelques mois après, le responsable du service Hygiène et Sécurité du site me propose de l'accompagner à un stage d'information sur l'ergonomie organisé par la Direction Générale de l'Armement (DGA) à Paris. Ce stage était animé par un certain... Jacques Christol.

L'époque était à l'automatisation des ateliers et au développement des commandes numériques et autres systèmes informatiques. Les arsenaux n'échappaient pas à la règle et étaient même un terrain de jeu privilégié très sollicité par les fabricants français de machines et automates. Fort de mon premier contact avec Jacques Christol, j'ai proposé à la direction une journée d'information sur l'ergonomie pour les cadres du site de Roanne. Proposition acceptée. Jacques est venu animer cette journée ; il s'était fait accompagner par Françoise Doppler qui avait créé et développé une formidable activité d'accompagnement de projets industriels au sein de l'Aérospatiale (aujourd'hui pour partie, Airbus Industries). Parmi les participants à cette journée, un jeune polytechnicien, en charge d'un projet d'automatisation de l'usinage des châssis de blindés à plusieurs millions d'euros, a manifesté son intérêt pour l'approche ergonomique. Jacques a délégué Bernard Mélier, jeune membre de son cabinet de consultants en ergonomie. Vous en avez peut-être entendu parler, car cette intervention a fait l'objet de communication à la SELF et a ensuite été très utilisée par Bernard pour illustrer le rôle de l'ergonomie lors de formations. Il me semble qu'il en parlait encore naguère aux étudiants du Master de Paris I. J'ai partagé cette intervention en apprenti, en compagnonnage, n'ayant toujours pas pu faire de formation structurée et diplômante en ergonomie.

En parallèle, Françoise Doppler m'a invité à suivre une semaine de séminaire à Toulouse sur « Ergonomie et Productique ». J'y ai fait la connaissance de Bernadette Bernadou, médecin du travail à l'Aérospatiale, devenue ergonome à temps plein au sein de l'usine. Françoise m'a invité aussi à Paris pour suivre une session d'information / formation des cadres supérieurs de l'Aérospatiale, afin d'y puiser des éléments pour une sensibilisation dans le secteur des industries militaires.

Lors du stage initial à la DGA, j'ai découvert l'existence d'un groupe de praticiens en ergonomie, réunissant des personnes de services médicaux ou de services Hygiène et Sécurité, civils ou militaires, des arsenaux de la Marine et de l'Armée de Terre. Ce groupe d'échanges avait pour rôle principal de

produire des documents d'information à usage interne à la DGA, sur les sujets d'actualité de l'époque. Il faut rappeler que les PC n'existaient pas et que le travail sur écran concernait des terminaux d'ordinateurs que l'utilisateur ne maîtrisait pas : les réflexions portaient alors sur les recommandations à faire aux informaticiens sur la taille des caractères affichés sur l'écran, sur leur couleur (ah ! les caractères ambre sur fond gris !), sur l'espacement des caractères ou des lignes. Les écrans étaient plutôt petits. Progressivement, les tailles ont augmenté, les écrans couleurs sont apparus et les informaticiens s'interrogeaient sur le nombre de couleurs à ne pas dépasser et sur la présentation d'informations sur l'écran.

Une autre question cruciale nous avait été posée : faut-il mettre des roulettes aux sièges de bureau devant l'écran, à 4 ou à 5 pieds ? Ne souriez pas ! Toutes celles et ceux qui ont connu cette période d'informatisation des années 1980 se souviennent des quantités de questions inédites que cette activité suscitait : hauteur des plans de travail, nécessité des pauses et durée de ces pauses, pénibilité des travaux de dactylo, codage (transformation des documents papiers en cartes perforées, puis en bandes magnétiques pour les ordinateurs centraux).

L'intervention de Bernard Mélier a ruiné complètement le projet d'automatisation intégrale de la fabrication en montrant que cet objectif était incompatible avec la réalité de cette fabrication. Pour faire court, l'observation de l'activité des opérateurs montrait qu'ils avaient à faire face à un nombre important d'incidents, notamment sous la forme de bris d'outils, qu'aucun automate ne pourrait déceler ni anticiper. Dès lors, la présence humaine devenait indispensable, au moins à certaines phases de ces usinages, ce qui était complètement en décalage avec le projet qui, au contraire, prévoyait de réduire les effectifs et de les localiser à distance des machines. De plus, ce projet « futuriste » était un épouvantail pour les opérateurs et la maîtrise de l'atelier qui, tous, se sentaient incapables de travailler sur ces systèmes et voulaient demander leur mutation. Or, il s'avérait que leur expertise devenait cruciale pour faire tourner l'atelier, car eux savaient détecter ces incidents. Dès lors, la demande du chef de projet passait de « Comment concevoir le poste de pilotage des installations automatisées ? » à « Au secours ! comment redéfinir le projet et organiser les tâches de chacun dans ce nouvel atelier, tout en redonnant confiance aux personnes ? ». De prestataire d'un petit bout de projet, l'ergonome devenait assistant au chef de projet pour le redéfinir.

Pour les ergonomes, ce que je raconte là, était le fondement de leur argumentaire auprès des responsables industriels : la réalité est plus complexe que ce que la théorie exprime et ne pas la prendre en compte mène à de graves difficultés. François Daniellou a beaucoup travaillé sur ce sujet et transcrit tout cela dans son livre « L'opérateur, la vanne et l'écran ».

*AD : Comment t'es-tu formé à l'ergonomie ?*

MV : L'intervention de Bernard a eu quelque écho dans notre landernau et a amené la direction du site à se dire qu'il serait bien d'avoir un ergonome *in situ*. J'ai donc été autorisé à faire une formation diplômante en ergonomie pour tenir ce poste. Sur les conseils de Jacques, je me suis inscrit à Paris I, puis à certaines U.V. du CNAM, dans les années 1986-1988.

À Paris I, sur les 20 à 25 personnes de ma promo, la plupart étaient médecins du travail. Ils venaient chercher des prescriptions pour améliorer les conditions de travail. L'essentiel des cours théoriques étaient assurés par François Hubault et Monique Noulin. Ceux qui étaient venus là du fait de l'aura de Pierre Cazamian (ancien médecin du travail des Houillères), jusque-là responsable de cette formation, étaient décontenancés par les cours de François qui faisait du « Hubault au carré » pour marquer son empreinte : « Il faut passer de la balistique à la maïeutique » disait-il... François, si tu lis....

L'époque était à un investissement massif des médecins du travail dans les formations plus ou moins lourdes en ergonomie, pour pouvoir apporter des réponses plus pertinentes aux questions rencontrées dans leur exercice quotidien du fait de l'arrivée de plus en plus massive de l'informatique (nouvelles techniques de l'information et de la communication, à l'époque NTIC), de l'automatique et des commandes numériques. Je crois que, dans leur majorité, ils venaient là en cherchant plus des solutions prêtes à l'emploi que des outils d'analyse. Je l'ai entendu souvent : « On est venu chercher des solutions et on repart avec plein de questions... ».

Une autre caractéristique de la promo était l'absence d'étudiants en formation initiale. Tous les participants avaient une expérience professionnelle plus ou moins longue et venaient acquérir des outils pour améliorer les conditions de travail dans leur entreprise ou milieu de travail. C'était encore plus vrai

au CNAM où j'ai suivi le cycle B, avec les célèbres TP B et le cours de François Daniellou sur la productique (Tiens ! un terme que l'on n'emploie plus du tout !). L'histoire du CNAM faisait qu'on y rencontrait aussi beaucoup de gens ayant un engagement syndical, qui voulaient s'équiper pour muscler leur action en entreprise sur les conditions de travail.

En 1988, j'ai fait mon mémoire de TP B en binôme avec Franck Lochet, informaticien, qui faisait la formation d'ergonome « temps plein » au CNAM. Nous avons travaillé sur les effets de l'implantation de CATIA, outil de CAO 3D, sur le fonctionnement d'un bureau des méthodes de fabrication. Les conclusions peuvent se résumer ainsi : les contraintes d'utilisation de CATIA (longueur d'apprentissage, complexité de maniement des commandes, multiplicité des fonctionnalités...) étaient difficilement compatibles avec le mode de fonctionnement du service (priorité de réponse aux questions de l'atelier, déplacements fréquents vers celui-ci, éloigné du bureau, travail en *open-space* avec des interruptions fréquentes...). Un compromis avait été trouvé par les techniciens avec certains dédiés à l'utilisation de CATIA, pour maîtriser progressivement de plus en plus de fonctionnalités selon les besoins, et d'autres tournés vers l'atelier pour ceux ayant une connaissance superficielle du logiciel. Ce diagnostic a permis de construire une nouvelle représentation du rôle et de la place de ce service méthodes dans le fonctionnement de l'usine, véritable carrefour de l'information technique sur les matériels fabriqués. L'organisation informelle, voire clandestine, mise à jour fut affinée pour intégrer les conditions effectives de fonctionnement du service.

*AD : Quelles ont-été tes activités d'ergonome au Groupement Industriel des Armements Terrestres (GIAT) ?*

MP : En 1990, les arsenaux de l'Armée de Terre ont changé de statut. Le GIAT (Groupement Industriel des Armements Terrestres) est devenu Giat Industries, S.A, à capitaux d'État, dirigé par des cadres issus de l'industrie privée<sup>2</sup>. C'est alors qu'est créé le poste d'ergonome qui m'est attribué. Je quitte toute fonction de médecin du travail et un confrère est recruté pour me remplacer.

Ma mission est d'accompagner les projets industriels du site de Roanne, avec notamment l'arrivée en fabrication de série du char Leclerc. Ceci m'amène à travailler sur des sujets aussi variés que la conception d'outils d'aide au montage de boîtes de vitesses, la robotisation du soudage d'ensembles de grandes dimensions, la conception d'un moyen autonome de déplacement de châssis de chars, l'aménagement de cabines de peinture... Une nouvelle fois, l'analyse montre, par la simulation de certaines phases, que la robotisation ne fait pas que remplacer un bras humain par un bras mécanique. Il faut complètement repenser le support qui positionne l'ensemble à souder par rapport au robot. Sont aussi posées les questions d'intervention humaine en phase de mise au point de nouvelles fabrications et de récupérations d'incidents. Tout ceci aboutit à la conception d'un système de positionneur radicalement différent de ceux qui existaient pour le soudage manuel.

Un directeur industriel venant de l'Aérospatiale est recruté et lance le projet de restructuration d'un bâtiment de 60000 m<sup>2</sup>, dédié à la fabrication du char Leclerc, avec l'objectif d'en fabriquer des centaines par an (projet ELAN). Une équipe projet est constituée autour d'une cheffe de projet. Celle-ci était auparavant cheffe de service méthodes où nous avons analysé l'implantation de CATIA. Elle était donc convaincue de l'intérêt de m'intégrer à l'équipe.

En parallèle, le DRH du groupe GIAT Industries, venant de l'automobile, m'a demandé de m'occuper de la diffusion de l'ergonomie dans l'ensemble des sites du groupe en France. Me voilà embarqué dans une aventure qui dépasse mes espérances et probablement mes capacités. Autant j'arrive à construire ma place et jouer un rôle dans le projet ELAN, autant la mission nationale de diffusion de l'ergonomie ne démarre pas. Je suis sollicité ponctuellement à Tarbes (aménagement du poste de conduite d'une forge), à Bourges... Bien que mon épouse trouve (à juste titre) que je ne suis jamais à la maison, je n'arrive pas à créer une dynamique. Je n'ai jamais réussi à obtenir une lettre de mission claire du DRH pour informer tous les sites de GIAT Industries de la création de ce poste, avec des missions définies et un rattachement hiérarchique adapté. J'ai aussi été confronté à l'hostilité franche et ouverte du médecin coordonnateur des médecins des différents sites, qui voyait en moi un concurrent déloyal pour l'action en milieu de

---

<sup>2</sup> devenu Nexter S.A. depuis décembre 2006.

travail de ses médecins. Plusieurs rencontres et le témoignage de mon confrère de Roanne n'ont pas permis de réduire cette tension. Ceci fait que, même convaincus, mes confrères hors Roanne n'avaient pas la possibilité de me solliciter, ce qui aurait pu constituer une porte d'entrée complémentaire. Au total, je n'ai pas pu, ni su surmonter les obstacles et véritablement implanter l'ergonomie au niveau national.

Au niveau local, le projet ELAN a été un succès. Mais comme le char Leclerc a été un échec commercial, GIAT Industries est entré dans une spirale de plans sociaux successifs pendant plus de 10 ans, avec perte des deux tiers des effectifs. Une équipe d'ergonomes travaillait au sein du bureau d'études de GIAT, à Satory (près de Versailles) sur la conception des matériels, du point de vue des utilisateurs. Nous avions eu des contacts pour voir comment ils pourraient intégrer le point de vue des fabricants dans leur démarche et il était convenu de travailler ensemble. L'échec de ma mission nationale et l'apparition de difficultés économiques ont conduit le DRH à me proposer d'intégrer l'équipe du Bureau d'Études pour travailler sur « la robotique du champ de bataille ».

Sur le fond, appartenant au « canal historique » de l'ergonomie pour qui cette discipline vise d'abord à améliorer la condition ouvrière et préserver la santé au travail, ce poste ne me convenait pas. Sur la forme, il nécessitait de déménager ma petite famille en région parisienne et de faire de longs stages aux États Unis...

*AD : Après ton départ du GIAT, tu entres dans un service inter-entreprises de médecine du travail, en quoi a consisté cette nouvelle activité ?*

MP : Le jour de mes 40 ans, j'ai quitté GIAT Industries pour rejoindre un service inter- entreprises de Médecine du Travail, en l'occurrence, celui de Roanne, où un départ en retraite avait eu lieu.

Pour ne pas abandonner complètement l'ergonomie, j'ai négocié de consacrer un jour par semaine à des interventions en entreprises, à la demande des confrères, en complément de ce qu'on appelait le tiers temps. Ce tiers temps, appelé ainsi parce que la réglementation prévoyait qu'il occupe au moins 30% de l'emploi du temps d'un médecin du travail, était destiné à des actions d'études de postes, de conseil en entreprise, d'information, de participation au CHSCT ou à divers projets. Le service de Roanne, dont il faut saluer les directrices et les C.A., a toujours permis à ses médecins de réaliser ce tiers temps dans de bonnes conditions. Lors de déplacements en entreprises, mes confrères repéraient des situations à problèmes ou étaient informés de projets industriels. J'ai ainsi été amené à travailler sur la conception d'un atelier de fabrication de lames de scies, sur des aménagements de postes dans l'industrie (entreprise de mécanique, agro-alimentaire...) ou le tertiaire (CPAM, déménagement des locaux de l'URSSAF, plateformes téléphoniques...).

Élyane Gerossier, secrétaire dans le service, avait été formée à la métrologie du bruit et souhaitait développer ses champs d'intervention. Nous avons fini, après quelques tergiversations de la direction, par obtenir qu'elle fasse une formation diplômante à l'Université de Lyon II dont les enseignants étaient Claude Germain et Valérie Pueyo. Partant de ses compétences en métrologie, nous avons conduit des analyses d'activités dans une usine de céramique sanitaire. Cela a permis de montrer que beaucoup de bruits étaient facilement évitables, sans investissement massif. Par exemple, sur un poste de travail, le niveau de bruit variait de 1 à 2 selon qu'il était occupé par un salarié formé et expérimenté ou par un intérimaire. Cela a abouti à la modification de l'accueil des intérimaires et à une organisation permettant de moins y faire appel.

Nous avons aussi développé une intervention longue sur le secteur des soins et aides à domicile. Ce travail a fédéré au niveau local toutes les structures associatives de soin ou aide à la personne. Les propositions concernaient l'organisation des plannings et le rôle de l'infirmière coordinatrice, l'aménagement des véhicules, la sensibilisation des bénéficiaires sur l'aménagement de leur logement (problème des salles de bains exigües). Nous avons travaillé avec un cabinet d'architecture spécialisé dans la réhabilitation des logements anciens. Ce travail a été présenté au congrès de la SELF à Montréal en 2001.

Au cours de la période 1993-2014, mon activité d'ergonome au sein du service de Santé au Travail s'est déployée selon trois modalités :

1 - Des interventions à la demande de mes confrères dans les entreprises dont ils avaient la charge, où

ils avaient identifié un problème ou avaient été informés d'un projet industriel. Comme je le disais plus haut, j'ai conduit des interventions dans des domaines très variés, du textile aux plateformes téléphoniques, de la mécanique à l'agro-alimentaire. La typologie des entreprises adhérentes du service fait qu'il s'agissait toujours de PME, souvent familiales, donc avec un accès assez direct aux décideurs finaux. J'ai eu l'occasion de présenter aux Journées de Bordeaux en 2002 les particularités de ces interventions, notamment différentes de celles en grandes entreprises. Je les résume :

- La distinction travail réel/travail prescrit n'est pas opérationnelle dans ces structures. Tout le monde s'y connaît et y pratique au quotidien la confrontation avec le réel, ses défis et l'engagement que cela nécessite pour faire face.
- Les chefs d'entreprise n'ont pas du tout la pratique des intervenants extérieurs, des consultants, hormis leur expert-comptable. Il y a une phase de mise en confiance qui repose beaucoup sur les relations avec le médecin habituel qui a suggéré l'intervention.
- Souvent, la pression du quotidien empêche ces responsables de TPE de prendre le temps d'une attitude réflexive, de lever le nez du guidon. Du coup, il m'est arrivé plusieurs fois d'avoir pour impact principal d'amener le chef d'entreprise à envisager qu'il existe d'autres possibles que son quotidien et d'y réfléchir ensemble. Par exemple, je me souviens de cet artisan imprimeur chez qui j'étais sollicité pour un choix de moyen de manutention. Après un court temps d'observation, il s'avérait que la dimension des circulations n'était pas compatible avec quelque moyen que ce soit. Je lui suggérai donc de réfléchir à implanter différemment les machines. Pas de réaction. Aucune nouvelle. Au bout de quelques semaines, coup de fil : « J'ai bien réfléchi à votre suggestion. Finalement, je crois que le plus intelligent serait que je trouve un nouveau local plus fonctionnel ». Et cet homme d'engager une recherche de local nouveau avec l'aide de la Mairie, puis de me solliciter à nouveau pour travailler sur l'implantation de ce nouvel atelier.
- La démarche ergonomique doit aller jusqu'à la recherche de solutions concrètes, pratiques, pour les mêmes raisons de disponibilité et de connaissance de réseaux de fournisseurs. Avec Élyane Gérossier, nous avons créé une base d'informations dans le service, pour accéder facilement aux coordonnées et aux catalogues de produits disponibles, correspondant à des sujets souvent abordés (les aides à la manutention par exemple).
- Ce sont souvent des interventions courtes, un peu éclatées dans le temps, voire dans l'espace (artisans du bâtiment par exemple). Ce peut être un simple conseil et on a rarement l'occasion de déployer la totalité de la méthodologie apprise à l'Université dans toute sa rigueur. Pour le coup, c'est l'ergonome qui est rattrapé par l'écart irréductible entre ce qu'on lui a enseigné et ce qu'il peut réellement faire en entreprise.

Contrairement à la grande entreprise que j'avais connue où la mobilité des cadres et du personnel entraîne une perte de la mémoire de l'intervention, dans une petite entreprise, chaque intervention laisse des traces durables et une mémoire vivante (surtout si le souvenir est mauvais). Par exemple, dans l'intervention avec Bernard Mélier dont je parlais plus haut, nous étions, à la fin de celle-ci, les plus anciens sur le projet et les seuls à en porter la mémoire de certaines décisions cruciales. Dans les PME, quand le lien est créé, il est solide et j'ai pu conduire des interventions répétées dans certaines entreprises de taille moyenne de la métallurgie et de l'agro-alimentaire (le médecin du travail n'étant plus alors le demandeur).

- La pratique de l'ergonomie en service de Santé au Travail est aussi spécifique en ce sens que lorsque la demande vient du médecin du travail (et c'est le plus souvent le cas), employeurs et salariés ne sont pas forcément demandeurs. Voire, ils sont hostiles ou au moins sceptiques. Faut-il passer outre ou renoncer ? Par ailleurs, les interventions sont cadrées par des priorités données par la direction du service et le CA. Par exemple, toucher un maximum d'adhérents cotisants par des actions courtes vs développer des interventions plus fouillées en petit nombre. J'ai eu la chance d'être dans un service où notre libre arbitre était respecté. Je connais des collègues qui vivent des situations plus difficiles.
- Enfin, le statut financier de l'intervention est aussi particulier. Dans notre service, la cotisation annuelle payée par chaque adhérent inclut toutes les prestations, y compris des actions d'ergonome. Soit c'est très confortable, soit cela peut dévaloriser le travail : « Puisque c'est gratuit, je ne suis pas tenu par les conclusions », peut se dire le chef d'entreprise. Je me suis trouvé parfois dans cette situation, où, après avoir restitué des résultats, le chef d'entreprise qui a écouté poliment, remercie et signifie qu'il n'y aura pas de suite... Erreur de positionnement et d'analyse initiale ? Sans doute...

2 - Des interventions au titre du maintien dans l'emploi de personnes handicapées, dans le cadre de la plateforme mise en place par l'AGEFIPH en Rhône-Alpes. Notre service avait répondu à l'appel d'offre et avait été retenu. Cette plateforme a connu un grand succès et les demandes ont été de plus en plus nombreuses au fil des 2 ou 3 premières années. De mémoire, il y a une année où j'ai dû faire 50 jours d'intervention environ.

Rapidement les responsables de l'AGEFIPH ont mis des garde-fous à la prescription de ces interventions par une analyse préalable de la pertinence et de la volonté réelle de l'entreprise de mettre en œuvre une action concrète. Ensuite, ces garde-fous sont devenus des contraintes fortes et, m'a-t-il semblé, incompatibles avec l'exercice correct de mon métier : pas d'intervention supérieure à 4 ou 5 jours (sauf dérogation exceptionnelle), incluant toutes les phases d'intervention, la rencontre de tous les acteurs de l'entreprise, la recherche et la consultation des fournisseurs, l'étude des devis et... l'analyse économique du gain financier potentiel lié aux aménagements pour l'entreprise (à déduire de la subvention AGEFIPH). Chaque phase devant faire l'objet d'un compte rendu écrit.

Ayant la liberté économique de le faire, j'ai proposé au service de se désengager de la plate-forme, mais de continuer à travailler sur le maintien en emploi pour les entreprises adhérentes du service. Ceci m'a amené à des interventions dans des milieux extrêmement variés, ce dont j'avais l'habitude dans le service et des domaines inconnus pour moi comme le bûcheronnage, la viticulture, la chaussure de luxe. Depuis 10 ans, je ne sais pas ce qu'est devenue cette plateforme, si elle existe toujours. Pour moi, cela a été une expérience riche de rencontres avec les personnes handicapées, leurs employeurs, les personnes de l'AGEFIPH. Mais ce qui m'est paru le plus lourd, et finalement déterminant pour stopper la coopération, était de voir la définition, le volume et le déroulement des interventions dictés par des décideurs qui n'avaient aucune connaissance du travail d'ergonome. Cela pose la question des interventions subventionnées. Elles permettent qu'existe une activité qui probablement n'aurait pas lieu sans cela, mais le mode de prescription et de suivi peut se bureaucratiser pour ne devenir que comptable, au détriment de la qualité.

3 - La participation au groupe Ergonomie du département Action Scientifique en Milieu de Travail (ASMT) du CISME (devenu PRESANCE), organisme de représentation patronale des services de santé au travail. J'ai été recruté dans ce groupe par le Dr Liliane Boitel qui était Médecin Conseil du CISME. Je voudrais ici lui rendre hommage : au sein de cet organisme d'obédience patronale, elle a toujours su garder le cap d'une médecine du travail au service des salariés, par un sens politique très affûté et un travail scientifique acharné. En matière d'ergonomie, elle avait constitué et animé une équipe mixte de médecins du travail et d'ergonomes. La mission était de mettre à disposition des acteurs des services, des outils d'intervention en milieu de travail, adaptés à leurs conditions d'utilisation. Il y avait aussi (et il y a toujours), un groupe Toxicologie, un groupe Fiches médico-professionnelles.

Le premier chantier auquel j'ai participé était la conception et la réalisation d'une vaste étude nationale sur les problèmes musculo-squelettiques dans la grande distribution (hors caissières), nommée Ergodistrib. L'objectif était d'associer tous les médecins et ergonomes de services inter-entreprises dans un travail de recueil de données sur les TMS (données médicales, contraintes perçues par les salariés, études de postes outillées) dans ce secteur d'activité fort pourvoyeur de pathologies. Nous avons donc mis au point des questionnaires à faire remplir par les salariés et des grilles d'observation à remplir sur le terrain. 400 médecins ont rempli 4820 questionnaires portant sur la santé et les caractéristiques de leur poste de travail. 348 études de postes à l'aide des grilles ont été faites par des médecins ou/et des ergonomes dans les différents types de magasins (de la supérette à l'hypermarché).

Les résultats ont été présentés en novembre 2006, en présence du Ministre du Travail de l'époque Gérard Larcher. Parmi les résultats concrets de ce travail, on peut citer : La création d'un poste de Médecin Conseil auprès de la Fédération du Commerce et de la Distribution, chargé des conditions de travail ; la participation à l'élaboration du cahier des charges de conception des meubles de vente réfrigérés (charcuterie ou fromage à la coupe) avec les fabricants ; la mise en place d'un programme de formation des cadres de la grande distribution sur les conditions de travail, les accidents et maladies professionnelles ; la conception de chariots adaptés à la mise en rayon d'articles d'épicerie ; la participation au groupe AFNOR sur le cahier des charges de conception des meubles d'encaissement (bien que cela n'ait pas été dans le champ de notre étude).

Un rapport détaillé de ce travail est disponible sur le site de PRESANCE, avec tous les outils mis en œuvre. Cette recherche a été présentée au congrès international PREMUS sur la prévention des TMS à



Angers en septembre 2010.

Fin 2012, notre groupe a produit un livre intitulé « Bien vieillir en travaillant », édité par Docis. Ce livre énonce les préjugés qui prévalent sur le travail des seniors. Sont définis les éléments de la situation de travail qui peuvent être pénalisants ou excluants pour les salariés qui avancent en âge et sont présentées les pistes d'organisation et de conception de situations qui ne soient pas excluantes.

En 2015, nous avons présenté un guide sur la prévention des TMS. Ce document est articulé en quatre parties : Comprendre les relations TMS/ conditions de travail ; Sensibiliser les acteurs ; Conduire une intervention de prévention ; Choisir des outils de prévention. Le document complet (ainsi que la totalité de la bibliographie sous forme numérique) est accessible sur le site de PRESANCE.

Ce groupe de travail est actuellement en sommeil, car les services de santé au travail ont beaucoup de difficultés à libérer des personnes pour y participer.

*AD : Quel est ton point-de-vue sur cette expérience de pluridisciplinarité entre le médecin du travail et l'ergonome ?*

MV : Je retire, de la participation à ce groupe, la richesse de la confrontation de points de vue entre deux métiers œuvrant pour le même objectif. Le médecin du travail bénéficie d'une longue histoire professionnelle et institutionnelle, avec des modes d'exercice relativement unifiés. Cette position l'amène souvent à une posture de prescription (la « balistique » de François Hubault). L'ergonome n'a pas cet arrière-plan, et se montre plus soucieux de la complexité, de l'accompagnement (la « maïeutique »). Quand il s'agit de produire un travail commun, soit il y a tentative de prise du pouvoir, soit il y a recherche de compromis opératoire. Chacun fait un pas vers l'autre. Ce groupe nous y forçait pour produire des objets utilisables par tous dans les services de santé au travail.

De mon point de vue, il y a là un enjeu fort : tout le monde parle de pluridisciplinarité en santé au travail. Souvent, cela se traduit par la présence au sein d'un même service de compétences diverses en toxicologie, en ergonomie, en métrologie... Mon expérience m'amène à penser qu'il y a plus souvent « sous-traitance » d'un problème par le médecin du travail à un des spécialistes que vraiment coopération avec co-construction des termes du sujet à traiter, puis conduite conjointe d'un projet de transformation. La pluridisciplinarité ne va pas de soi, notamment du fait de positions très différentes des uns et des autres au sein de l'organigramme et du fait que ce travail d'élaboration est chronophage. Et pourtant, quand on voit la richesse de l'ergo-toxicologie développée par Brahim Mohammed Brahim et Alain Garrigou, on se dit que cela vaut le coup !

*AD : Quel a été ton investissement au sein de la SELF, des associations, des commissions... ?*

MV : En appui aux trois modalités d'exercice de mon métier que je viens d'évoquées, j'ai été membre du GERRA (Groupe des Ergonomes de la Région Rhône Alpes) dans les premières années de son existence. À ce titre, j'ai participé à l'organisation du congrès de la SELF à Lyon en 1997. J'ai longtemps été membre de la SELF et participé à de nombreux congrès. J'ai aussi été un auditeur assidu des Journées de la Pratique à Bordeaux, ce qui m'a valu d'être sollicité pour y faire une présentation en 2002.

Mon activité d'ergonome à GIAT Industries m'avait permis d'avoir le titre d'Ergonome Européen. Je n'ai pas renouvelé mon dossier puisque je ne remplissais plus le critère d'une activité en ergonomie au moins égale à 50% du temps, du fait de mon départ en service inter-entreprises de médecine du travail. Francis Six m'avait sollicité pour être le trésorier d'ARTEE, ce que j'ai réalisé avec plaisir (Oh ! Ergonomes Européens ! payez votre cotisation sans attendre les relances ! Merci)

Enfin, j'ai assuré diverses tâches de formation à l'ergonomie : Préparation au stage ouvrier en 1<sup>ère</sup> année à l'École des Mines de St Étienne ; Cours d'ergonomie en IUT, département Gestion de production (DUT et Licence) ; Interventions dans le DU et le Master de Paris I de 2008 à 2013.

*AD : Quels sont les messages que tu souhaites transmettre sur l'exercice de notre profession ?*

MV : Je ne sais pas si mon parcours d'ergonome peut éclairer des jeunes ergonomes. Il m'a permis de rencontrer quelques questions qui me semblent intemporelles :

- Quelle(s) trace(s) laisser dans l'entreprise ?

J'ai connu la période des gros rapports, détaillés sur le plan méthodologique pour asseoir la crédibilité scientifique de la démarche, mais pauvres en propositions d'aménagement. Il apparaissait alors que le chemin emprunté pour établir le diagnostic était au moins aussi important que le résultat lui-même. Du coup, les pistes de transformations devaient être induites par ce diagnostic. Cela reste parfois vrai et on a vu plus haut que le fait d'interroger une situation peut provoquer une mise en mouvement plus importante que ce que l'on pouvait imaginer. Je reste toutefois convaincu que l'ergonome doit s'impliquer largement dans l'instruction de solutions concrètes, en particulier dans les TPE/PME.

- Quel positionnement de l'ergonome dans une grande entreprise ?

Mon expérience à GIAT Industries s'est déroulée avec un rattachement aux ressources humaines. Je me suis souvent demandé si je n'aurais pas dû proposer mon rattachement à la direction industrielle. Stratégiquement, cela aurait probablement renforcé ma position, et peut-être mon poste aurait-il été remis en cause moins vite. Mais politiquement, cela fait sens d'affirmer (ou pas) que le « facteur humain » est présent au cœur des projets industriels, en donnant du poids à quelqu'un qui, justement, fait partie de RH.

- Quels rapports entre ergonomie et santé au travail ?

Cela peut surprendre, mais ces rapports n'ont pas toujours été clairs. Il y a eu une période où une génération d'ergonomes « canal historique » (militants des conditions de travail) a été supplantée par des praticiens plus orientés vers l'efficacité productive, l'utilisabilité, la réussite de l'introduction des NTIC... La santé au travail ne semblait plus dans le champ de vision des ergonomes *main stream*, et j'ai entendu parfois des propos désagréables sur les médecins du travail dans des congrès.

La survenue des TMS, puis des problèmes de santé mentale au travail sont venus corriger cet état de fait. Je pense qu'on ne peut pas dissocier efficacité productive et santé de celles et ceux qui produisent. Et à faire des compromis, on a peut-être perdu quelque chose. J'en veux pour preuve la floraison du terme ergonomique attaché à toutes sortes d'objets, y compris des objets qui n'ont rien à voir avec le travail. J'ai même vu une publicité pour des suppositoires ergonomiques ! D'où une gadgetisation de l'ergonomie dans beaucoup d'esprits.

- Faut-il des ergonomes en Service de Santé au Travail ?

Si la santé au travail ne doit pas être perdue de vue par les ergonomes en toutes circonstances, leur recrutement en service de santé au travail est-il le meilleur modèle pour faire valoir leur point de vue ? Mon expérience est que l'ergonome se trouve très souvent en position de collaborateur du médecin, en « sous-traitant » de celui-ci qui reste le prescripteur et souvent exige de participer au minimum à la restitution. En d'autres termes, cela pose la question du statut, y compris financier, de l'ergonome (et aussi des autres acteurs de la pluridisciplinarité) au sein des services de médecine du travail pour donner à cet ergonome les marges de manœuvre adéquates. L'histoire pèse lourd, car les ergonomes des services inter-entreprises ont souvent été des personnes issues de la promotion professionnelle, qui, même en cas d'obtention de diplômes de niveau master, sont restées dans des positions de subordination aux médecins et d'infériorité salariale.

Merci d'avoir lu cet entretien jusqu'au bout.

*AD : Merci, Michel !*