



Maladies Chroniques Évolutives :

Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi

Diagnostic entreprise D.
Mr L. et Mme B.





- ④ Activité : préparation et conditionnement de plats cuisinés pour la grande distribution
 - 230 salariés
 - En progression de 16 %
 - 4640 tonnes fabriquées sur l'exercice 2006-07
 - Progression de 8,3 %

- ④ 2 diagnostics réalisés dans cette entreprise
 - Mr L.
 - Mme B.





Contexte lors du démarrage des diagnostics

- ④ Automatisation d'une partie du process
 - Le facteur humain comme moyen de régulation de l'autre partie du process en manuel

- ④ Grosse problématique TMS identifiée
 - Enquête et Cartographie réalisée par le médecin du travail
 - Une chaîne identifiée pour les reclassements
 - Mais les maladies professionnelles continue de se développer

- ④ Volonté affichée d'augmenter les volumes : passer de 4300 t/an à 6000t/an
 - Gros investissement machine à venir

- ④ Crainte des RH quant à l'augmentation des cadences à venir





- ④ Volonté de l'entreprise de favoriser les actions de maintien dans l'emploi
 - Sur des reclassements (changement de poste)
 - Prise en compte du changement dans le rapport au travail de ces personnes (maladies chroniques et évolutives)

- ④ Le médecin du travail est rarement au courant des AM longue durée
 - Revoit les OP en visite de pré reprise uniquement

- ④ Difficulté d'intégration des mi-temps thérapeutiques dans les ateliers de production (horaire/organisation du travail)





- ④ Méthodologie mise en place au démarrage :
 - 1^{ère} journée
 - Réunion collective animée par l'ARACT et le consultant
 - Présents : Directeur site, DRH, Responsable production, responsable expédition, responsable administration des ventes, médecine du travail, responsable du SAMETH
 - ✓ Présentation des documents pathologies
 - ✓ Présentation de l'intervention
 - Entretien individuel DRH
 - Chargée de mission Aract
 - Consultant
 - Visite des situations de travail concernées
 - Entretien individuel avec les opérateurs concernés en binôme : Chargée de mission Aract et Consultant
 - En suivant (consultant) :
 - Observations des opérateurs en situation de travail
 - Entretien individuel lors de chaque visite
 - Réunions intermédiaires avec les responsables de services
 - Bilan final avec le DRH et le responsable des services concernés





Diagnostic D : particularités

- ④ Les deux salariés sont en poste lors du démarrage
- ④ Sur leur poste d'origine
 - En horaire aménagé
 - Mme B. : horaire d'embauche décalé d' $\frac{1}{4}$ h
 - Mr L. : ne fait plus les 3x8 => horaire du matin uniquement (6h-14h)





DIAGNOSTIC 1 : Mme B. Assistante logistique





- ④ 30 ans
- ④ En CDI depuis septembre 2003
- ④ Membre du CHSCT
- ④ Assistante logistique (poste Administratif « bureau »)

- ④ Cancer thyroïde
 - Dépisté par médecine du travail en 2004
 - En rémission aujourd'hui (au 20/02/07)

- ④ Pas de RTH
 - Ni en cours, ni à venir
 - Aucune information sur le sujet





- ④ Parcours depuis l'annonce de la maladie et la reprise du travail
 - Pas de suivi pendant l'AM
 - Entreprise (direction et partenaires sociaux)
 - Service social extérieur
 - Reprise sur son poste d'origine : assistante logistique

- ④ Aménagements des horaires mis en place lors du retour à l'emploi
 - Décalage de l'horaire d'embauche d'un quart d'heure
 - Difficultés pour se lever le matin en lien avec le traitement
 - Autorisation pour ne pas passer par l'entrée personnel
 - Éviter de monter deux étages par l'escalier
 - Fatigabilité

⇒ Verbalisation de Mme B.

⇒ Aucune confirmation médicale (médecin traitant ou médecin du travail)





- ④ Au 20/02/2007 : entretien avec le DRH
 - Mme B. est repassée aux horaires normaux
 - Mais la RH nous signale des retards récurrents à toutes les prises de poste
 - Mécontentement du collectif
 - Scission de l'équipe en deux
 - Des problèmes avec le collectif de travail et son responsable
 - Relationnel
 - Des problèmes de comportements (provocation hiérarchie, pauses,...)
 - Des problèmes de qualité de travail (erreurs de calcul,...) sont évoqué par le responsable du service

 - Mme B. repasse à nouveau par l'entrée du personnel
 - Suite à la non confirmation médicale de la contre indication

 - Vie maritalement avec le nouveau directeur commercial du site
 - Limite pour l'instant les possibilités d'action du DRH...





- Au 20/02/2007 : entretien avec Mme B.
 - Entrée par les escaliers : essoufflement + douleurs aux jambes
 - En contact avec le médecin du travail qui ne peut valider de contre indication sans avis d'un médecin traitant
 - Les retards en lien avec le traitement (difficulté le matin)
 - Alterne des périodes de fatigue
 - Dosage traitement évoqué
 - Génère des AM (1 semaine maxi sinon ne peut rattraper le retard)
 - Personne ne fait son travail pendant ses absences
 - Doit gérer des chutes de calcium
 - Prise de médicament in situ quand elle sent arriver ces chutes
 - Évoque un problème de harcèlement moral/responsable de service
 - Charge de travail incompatible des délais donnés
 - Du travail à domicile périodiquement
 - Douleurs dans les cordes vocales et au dos plus importante qu'auparavant
 - Suite opération : a perdu sensibilité sur la moitié du visage et l'épaule gauche





- ④ Un décalage important entre la représentation du RH, de l'encadrement et celle de la salariée sur la situation actuelle
 - Une problématique de harcèlement moral
 - Dossier en cours de montage par l'OP
 - Positionnement de l'intervenant ?
 - Lien avec la problématique santé ?
 - La prise de poste et l'accès au poste par les escaliers
 - L'entreprise se positionne sur la médecine du travail, qui renvoie la balle vers le médecin traitant
 - L'accès au local fumeur ne lui pose pas de problème (4 étages)
 - Sur la qualité du travail
- ④ Un poste non aménagé
 - Pas de siège avec accoudoir
 - Les sièges avec accoudoir sont destinés aux responsables de service
 - Pas de casque téléphonique
 - Pour éviter que les opératrices parlent entre elles
 - Pas d'infirmier et de présence de lit pour gérer les chutes de calcium





- ④ Autour de la charge de travail et du travail à domicile
 - Surcharge ? Sur la partie récurrente (quotidienne) ou en lien avec une charge aléatoire
 - Des facteurs qui empêchent un traitement in situ : bruit, concentration, manque de temps, problème de compétence,...
- ④ Autour du médecin traitant et du lien avec le médecin du travail
 - Sur le dosage médicamenteux rarement en phase avec le besoin
 - Sur activité ou grande fatigue
 - La gestion des chutes de calcium
 - Pas d'infirmier in situ => salariée hospitalisée d'office
 - Les problèmes physiques (essoufflement en montant les escaliers)
- ④ Autour de l'aménagement du poste
 - Siège, casque, et ensemble du poste informatique en lien avec la perte de sensibilité
- ④ Autour de l'ensemble des acteurs qui gravitent autour d'elle
 - Interne et externe : DP, collègue de travail, médecin traitant, mari, enfant,...





- ④ Activité fragmentée par les coups de téléphone
 - Régulation directe des problèmes téléphoniques sur le PC
 - Génère des postures contraignantes pour maintenir le combiné du téléphone et libérer les deux mains pour le clavier
 - Du côté de l'épaule opéré pour Mme B.
 - Ne permet pas de réaliser une tâche demandant du calme et de la concentration sur la durée
 - ④ Charge quotidienne importante
 - Ne permet pas de gérer de façon optimale les tâches exceptionnelles qui viennent s'y rajouter
- => Cette surcharge peut être gérée au domicile de Mme B. de façon exceptionnelle





- ④ Aucune évolution possible et visible pour elle
 - Mme B. a demandé à évoluer vers le poste de son responsable
 - Refus de la RH
 - Disponibilité du poste
 - Compétences/niveau de formation initial
 - Pas de GPEC mise en place
 - En construction
- => Pas d'avenir visible au sein de la structure du point de vue de Mme B.
- => Mme B. cherche du travail ailleurs





- ④ Mise en relation SAMETH
 - Sensibilisation à la notion de RTH et à ses conséquences
 - Refus de monter un dossier => veut sortir de la caractérisation
 - Son problème ne doit pas être visible

- ④ Essai d'un casque téléphonique en situation de travail
 - Prêt de matériel
 - Validation d'un modèle après essai par Mme B. et ses collègues
 - => Acquisition de plusieurs casques par l'entreprise pour équiper tous les postes

- ④ Aménagement de l'espace de travail et du plan de travail
 - implantation des postes les uns par rapport aux autres et surtout par rapport à la contrainte de source lumineuse (open space vitré sur l'extérieur)

- ④ Acquisition d'un siège avec accoudoir validé
 - Essai envisagé pour finaliser le choix





- ④ Aucune anticipation sur les retours à l'emploi
 - Aucun lien avec les services sociaux de la CRAM/AM longue durée

- ④ Aucune données médicales justifiant certains effets « annoncés » du traitement
 - Difficulté pour l'employeur pour prendre position
 - Gestion du collectif de travail dégradée
 - La définition des aptitudes fonctionnelles difficiles, notamment par la médecine du travail,
 - manque de lien médecin traitant/médecin du travail ? Coordination inexistante





- ④ Impact de la vie privée (vie maritale avec un responsable de l'usine) sur la gestion managériale
 - Encadrement démuni
 - Complaisance par rapport à un comportement parfois inadapté de Mme B.

- ④ Aucune réflexion sur l'aménagement spécifique du poste de travail

- ④ Pas de préparation du collectif de travail
 - Aucune information sur ma maladie, et les effets de traitement (y compris auprès de l'encadrement)
 - L'encadrement avoue être totalement démuni pour gérer Mme B.





- ④ A demandé un CIF pour compléter sa formation en logistique
 - Accordé
 - Part 2 ans en formation

- ④ A l'issue de la formation Mme B. ne reviendra pas dans l'entreprise
 - L'entreprise en a été informé
 - Souhait d'intégrer une nouvelle structure en faisant table rase du passé
 - « démarrer une nouvelle vie professionnelle »





DIAGNOSTIC 2 : Mr L. Cuisinier Atelier marmite





Mr L. : données d'entrée

- ④ 45 ans
- ④ En CDI
 - Depuis de nombreuses années mais avec des coupures
 - Mr L. est parti « voir ailleurs » 2 fois, il est revenu 2 fois
- ④ Cuisinier de formation
- ④ Hépatite
- ④ Pas de RTH





- ④ Parcours depuis l'annonce de la maladie et la reprise du travail
 - Pas de suivi pendant l'AM
 - Entreprise (direction et partenaires sociaux)
 - Service social extérieur
 - Reprise sur son poste d'origine : cuisinier atelier marmite

- ④ Aménagement des horaires lors du retour à l'emploi
 - En horaire du matin uniquement (en raison du traitement) : 6h-14h
 - Sur demande de MrL. (et non du médecin traitant ou du travail)
 - Ne fait plus les 3x8 comme ses collègues





- ④ Au 20/02/2007 : entretien avec le DRH
 - Des hauts et bas, notamment au niveau du moral
 - Travail irréprochable
 - Absentéisme régulier
 - Hypothèse d'un travail de complément (non déclaré)
 - Le soir dans un restaurant
 - Ou extra de type mariage
 - « ça se passe bien puisque j'en entend pas parler »....





- ④ Au 20/02/2007 : entretien avec Mr L.
 - A Rdv début Mars avec son médecin pour essayer un nouveau traitement

 - N'a plus de traitement actuellement => ça va beaucoup mieux
 - Plus d'état dépressif
 - Très peu d'absentéisme (se sent moins fatigué)

 - Pas de prise de nourriture pendant le travail (entre 6h et 14h)
 - Pour éviter les risques de vomissement
 - Mais peut accentuer sa fatigabilité

 - Problèmes évoqués en lien avec le travail
 - Les manutentions (surtout en fin de journée et en fin de semaine)
 - Une sensibilité au froid depuis le déclenchement de la maladie
 - Manipulation de bloc de produit surgelé
 - Température atelier





- ④ Autour de l'analyse de l'absentéisme
 - Différence de représentation entre lui et la RH

- ④ Autour de l'hypothèse de la précarité et du travail non déclaré
 - Travail matin et soir => fatigue...
 - Horaire du matin : nécessité économique ? Ou santé ?
 - En lien avec une AS ?

- ④ Autour de la charge de travail
 - La problématique des manutentions
 - Les régulations : ne peut emmener du travail à domicile....
 - Lien avec l'activité non déclarée (travail tard le soir et tôt le matin)
 - Fatigue
 - Lien avec la traitement et la non alimentation
 - Fatigue, vomissement,...

- ④ Autour de la gestion du risque de coupure





- ④ 3 situations de travail identifiées : rotations sur les 3 postes en alternance quotidienne (1j/poste)
 - Blancheur : dans 1 cuve
 - Cuisson eau chaude : féculent, légume, rognons, veau, encornet, etc...
 - Marmite : 3 marmites
 - Sauces et petites préparations et réduction (oignons, etc...)
 - 2 machines « grande quantité » : la Kipko et la Guérin
 - Préparation complète en grande quantité
 - Kipko : 400 Kg
 - Guérin : 600 Kg
- ⇒ Le poste sur les machines « grandes quantités » est évoqué comme le plus pénible par Mr L.
- ⇒ Paradoxe : les temps de cycle étant plus long (8h sur la Guérin parfois) le poste jugé comme moins pénible par l'encadrement (moins d'approvisionnement à faire)





Diagnostic/observations sur poste

- ④ Des problématiques de transferts de matière dans l'ensemble des machines (manutentions)
 - En hauteur (Kipko et Guérin surtout)
 - En fréquence importante (marmites)
 - Différence de niveau
 - Du sol vers les machines
 - Contenant pas toujours adapté (sac plastique, bidon, etc...)
 - Maniabilité et contrainte qualité dans une cuisine

- ④ Une grosse problématique de flux dans l'atelier en lien avec les stock tampon





- ④ Du matériel en panne ou manquant
 - Bras mécanique de mélange des marmites en panne (non remplacé)
 - Mélange à la main aujourd'hui => effort dynamique important pour faire tourner 50 Kg d'oignon par exemple...
 - Le couvercle de la blancheur ne ferme plus
 - L'eau chauffe moins vite, rallonge le process => contrainte temporelle à gérer/ordonnancement recette de production

- ④ Des manipulations/manutentions supplémentaires en temps masqué
 - La préparation des matières premières en amont et leur conditionnement aléatoire (en vrac dans palbox) génèrent des manutentions supplémentaires en temps masqué
 - Les OP manipulent plusieurs sac dans le palbox avant de trouver celui dont ils ont besoin
 - Les produits surgelés arrivent en bloc : doivent être cassé pour intégration machine
 - Manipulation supplémentaire des contenants





- ④ Mise en relation SAMETH
 - Sensibilisation à la notion de RTH et à ses conséquences
 - Ne se positionne pas car ne voit pas quel bénéfice il en tirerait aujourd'hui

- ④ Aucune validation du travail complémentaire en extérieur n'a pu être établie en entretien individuel ou auprès de la RH
 - Des collègues de travail l'ont pourtant vu
 - Complaisance de l'employeur
 - Maintien des horaires 6-14h n'est plus justifié d'un point de vue médical (fin de son traitement)
 - Il est difficile de trouver des « bons » cuisiniers
 - Analyse de son absentéisme fait apparaître un absentéisme saisonnier aux beaux jours (période des mariages et banquets)





- ④ Accident de travail en juillet 2007 en manipulant un sac d'oignon
 - AM en suivant
 - Participation du consultant Ergonova à la réunion arbre des causes

- ④ Décide l'employeur a étudier les pistes d'aménagement des situations de travail pour réduire la pénibilité en lien avec les manutentions
 - Une réflexion sur la mise à disposition d'une aide à la manutention pour le transfert des MP vers les machines.
 - Une réflexion sur la mise à niveau des palbox (table élévatrice ou transpalette haute levée) et sur leur modification (Palbox avec porte latérale pour faciliter l'accessibilité).
 - Une réflexion à mener en amont de l'atelier sur la préparation :
 - Revoir le mode de chargement des palbox et le type de contenant





- ④ Suite à une dernière réunion le dossier est pris en mains par le responsable sécurité (formé à l'ergonomie) et le remplaçant du responsable production

- ④ Axes de travail :
 - Priorité pour l'aide à la manutention sur les machines grandes quantités
 - Du même type qu'aux barattes (basculant)
 - Sur mesure ou options fabriquant
 - Principe d'un tapis roulant qui approvisionnerait les machines
 - Choix à valider en suivant du travail à réaliser en amont
 - Revoir la procédure de préparation en fonction de l'ordre des OF semble possible (commencer OF par le bas de liste afin que les produits utilisés en premier soit en haut de la « pile »)
 - Revoir éventuellement le type de contenant des MP (impact direct sur une aide à la manutention)





- ④ Aucune anticipation pour le retour à emploi sur ce dossier
- ④ Aucune réflexion sur l'aménagement spécifique des postes de travail
- ④ Les problèmes en lien avec la vie personnelle non intégrés
 - Précarité
 - Travail non déclaré en complément
 - Limite les plages de récupération pour Mr L.
 - Aucun accompagnement social
 - Complaisance de l'employeur
 - Maintien des horaires choisis par crainte d'une démission de Mr L. (difficulté de remplacement)
 - Sur la gestion de l'absentéisme de Mr L.





- ④ Visite médicale avec le nouveau médecin du travail
 - Validation des compatibilités nouveaux postes et des aménagement souhaité

 - ④ Projet de modification de l'atelier
 - Une nouvelle machine a déjà été implanté (grande quantité)
 - Aucune ressource en main d'œuvre supplémentaire n'a été introduite
 - Deux nouvelles machines (blancheur et marmite) pourraient être implanté à moyen terme dans l'atelier
 - Quid de l'intensification de l'activité ?
 - Quid du choix de leur emplacement ?
- ⇒ La problématique des flux et des stocks tampon nous semble déjà problématique aujourd'hui et les hypothèses d'implantation de ces machines ne permettent pas de penser que les choses devraient s'améliorer.
- ⇒ Un travail important autour de la conduite de projet et de l'expression des besoins et de leur retranscription semble nécessaire



ERGOnova

Bureau d'études en ergonomie
Assistance en conduite de projets
Industrie, Architecture et Services

15 chemin de la Crabe - 31300 Toulouse
05 67 31 02 91 – accueil@ergonova.fr
www.ergonova.fr

SARL AU CAPITAL de 8000 € - RCS Toulouse 482 426 210 – APE 742C