Institut National
de Médecine Agricole

14 Rue Auguste Comte - 37000 Tours
Tél 02 47 66 61 07 - Site : www.inma.fr

Colloque

Prévention des TMS (*)
Quelles ressources aujourd'hui ?

Vendredi 28 janvier 2011

Centre de Congrès Vinci
37000 TOURS

(*) Troubles musculo-squelettiques

Sommaire

***Modérateur* : Docteur Anne Aublet-Cuvelier,**
Département Homme au Travail, Laboratoire de Biomécanique et d'Ergonomie, INRS, Vandoeuvre-les-Nancy

Introduction 5
Professeur Patrick Choutet, Président de l'INMA

Et les TMS en 2011. Où en sommes-nous ? 7
Professeur Yves Roquelaure, PU-PH, Service de Pathologie professionnelle et psychosociale, CHU Angers. Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail, Université d'Angers

Et les TMS en 2011. Le point de vue de l'Assurance maladie 10
Docteur Jean Houssinot, Médecin Conseiller Technique, Echelon national du Contrôle Médical, Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, Bagnolet

Comprendre et prévenir les TMS : le modèle bio-psycho-social 12
Professeur Bernard Fouquet, PU-PH, Université François Rabelais, Responsable de la Fédération Universitaire Inter-hospitalière de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle - CHU Tours, Chateau-Renault

Ergonomie, économie et management : prévention des TMS et amélioration de la condition du travail 15
Professeur François Hubault, Ergonome, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Centre Thénard, Paris

***Modérateur* : Jack Bernon**
Responsable du Département Santé-Travail, ANACT, Lyon

Rôle des acteurs de la santé-sécurité au travail : quels enjeux pour la prévention des TMS ? 20
Madame Sandrine Caroly, Maître de conférences en ergonomie, Laboratoire PACTE, Université de Grenoble

A propos d'une expérience de prévention durable des TMS 24
Madame Murielle Mangin, Responsable de sécurité, Groupe Elivia, Le Lion

Comment les ressources humaines peuvent-elles investir la prévention des TMS ? 26
Monsieur Eric Guillochon, Directeur de site, Groupe Elivia, Mirecourt
Madame Josiane Voisin, Ergonome conseil, MB2 conseil SNC, Sugères

TMS d'accord. Approche globale d'abord 29
Monsieur Bruno Michel et Monsieur Damien Mérit, Consultants en relations Homme-Travail, Michel-Mérit Consultants, Avrillé

Conclusion 32
Professeur Patrick Choutet, Président de l'INMA

Matin - Introduction

Professeur Patrick Choutet

Président de l'INMA

On parle beaucoup du thème des TMS. Bon nombre d'actions de prévention sont menées, mais on constate que leur nombre augmente toujours. Est-ce dû à une fatalité ? Y a-t-il de l'espoir ? L'objet de ce colloque est de pouvoir répondre à l'ensemble de ces interrogations. J'invite à me rejoindre Madame Agnès Aublet-Cuvelier, première modératrice de cette journée.

Docteur Agnès Aublet-Cuvelier

Modérateur, Département Homme au Travail, Laboratoire de Biomécanique et d'Ergonomie, INRS, Vandoeuvre-les-Nancy

Je suis très honorée d'avoir été sollicitée pour animer cette première demi-journée. Nous allons accueillir quatre intervenants. Le Professeur Yves Roquelaure, professeur de médecine du travail qui fait beaucoup depuis de nombreuses années sur la prévention des TMS et qui a notamment rendu visible la question de la prévalence, de l'incidence, de l'ampleur du phénomène des TMS en France. Le Docteur Jean Houssinot, médecin-conseiller technique à la CCMSA apportera l'éclairage de la Protection Sociale. Après un temps d'échange et de discussion, interviendront le Professeur Bernard Fouquet, médecin de réadaptation fonctionnelle qui travaille depuis de nombreuses années également sur la question des TMS et enfin le Professeur François Hubault qui abordera les relations entre ergonomie, économie, management, en lien avec la prévention des TMS.

Et les TMS en 2011. Où en sommes-nous ?

Professeur Yves Roquelaure
PU-PH, Service de Pathologie professionnelle et psychosociale, CHU Angers. Laboratoire d'Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail, Université d'Angers

Les TMS sont des pathologies d'hyper sollicitation des tissus mous, par définition liées à l'activité professionnelle. Il s'agit d'un problème de santé publique concernant 8 à 10 % de la population salariée en France.

Au plan médical, ces troubles sont complexes : pour les travailleurs, les TMS sont avant tout des douleurs plus ou moins invalidantes ; pour les médecins, il s'agit de maladies spécifiques concernant la périphérie des articulations (tendons et leurs gaines) ou des structures nerveuses localement comprimées. Les TMS peuvent évoluer sur un mode aigu ou chronique et cette évolution à un impact sur la prise en charge médicalisée et la démarche préventive.

Les TMS posent nécessairement la question de la relation avec le travail. Qu'ils s'agissent de maladies liées ou travail ou aggravées parle travail, indemnisées ou non, dans le contexte de l'intensification du travail et du vieillissement programmé de la population active, la question se posera dans les prochaines années de savoir comment feront les personnes pour travailler avec des troubles musculo-squelettiques évolutifs ou séquellaires.

Plus d'une vingtaine de TMS sont actuellement recensés. D'un point de vue neurologique, le syndrome du canal carpien est le plus représentatif (compression du nerf médian au poignet).Les autres pathologies sont les tendinites, du coude ou de l'épaule, complexes à solutionner notamment en cas de rupture tendineuse. Les TMS sont complétés cliniquement par des tableaux non spécifiques de cervico-scapulalgies, de trapezalgies volontiers chroniques et diffuses, parfois invalidantes et souvent intriquées avec les autres TMS.

En termes de démarche diagnostique, la surveillance ou l'évaluation en entreprise peuvent être réalisées grâce à des questionnaires explorant les symptômes. Disposant aujourd'hui d'outils cliniques standardisés (comme le protocole Saltsa), nous devons néanmoins développer des outils simples sur l'évaluation de la qualité de vie des travailleurs. Les examens complémentaires ne sont vraiment utiles que pour orienter au mieux la prise en charge médicale ou chirurgicale.

Le travail est l'une des composantes majeures des TMS par l'intermédiaire de sa composante biomécanique. Majeure ou moins importante, la charge biomécanique est le fait d'efforts répétés, de maintien de postures, de contractions statiques prolongées, de vibrations, d'augmentation du tonus musculaire par le froid… Ce risque mécanique est modulé par des facteurs psycho-sociaux et par des caractéristiques individuelles (l'âge notamment) qui peuvent être à la fois des facteurs de risque ou des facteurs protecteurs.

Les contraintes mécaniques sont indéniables et expliquent volontiers les dégradations tissulaires observées dans le temps. Porter une charge de dix kilos avec le bras en abduction entraîne une force de compression de 160 kilos sur l'épaule contre seulement 32 kilos à vide. Quel que soit l'ordre des facteurs et leur intensité, force, répétitivité, position, vibration, sont déterminants dans l'apparition des TMS.

A ce modèle biomécanique pertinent, mais insuffisant, il faut ajouter des facteurs de susceptibilité individuelle tels que l'âge, un surpoids, une maladie métabolique, des antécédents de TMS, un état psychologique dégradé. Tous ces facteurs concourent à

l'apparition des TMS et peuvent influencer leur évolution, notamment dans le passage à la chronicité. Quant aux activités extraprofessionnelles, elles ne peuvent expliquer l'épidémie actuelle, d'autant par exemple que les douleurs d'origine sportive sont essentiellement localisées aux membres inférieurs. Et par comparaison aux contraintes biomécaniques, les facteurs individuels sont peu ou pas modifiables.

Mais on ne peut pas expliquer les TMS uniquement par des facteurs biomécaniques, organisationnels ou psychologiques. D'autres modèles existent, notamment le modèle ergonomique de l'ANACT. Dans cette approche, les déterminants directs, qu'ils soient biomécaniques ou psychologiques, s'intègrent dans un faisceau de contraintes plus d'ordre socioéconomique et organisationnel, en lien avec le contexte de crise et d'intensification du travail (enquêtes de la DARES, travaux du CREAPT). Et la précarisation des parcours professionnels rend plus difficiles une gestion et une prévention à long terme des TMS.

Le phénomène du vieillissement de la population active, avec ses effets dégénératifs bien connus dans la sphère rhumatologique, renforce la contradiction à venir autour des TMS : comment allons-nous faire en tant que médecin pour que les personnes puissent travailler dans des conditions de vie acceptables dans des entreprises les soumettant à des contraintes croissantes alors que mécaniquement, leurs capacités fonctionnelles vont diminuer ?

Statistiquement, les TMS augmentent de 10 à 20% par an depuis les années 90. Mais ces évolutions varient beaucoup selon les régions en fonction des pratiques concernant les déclarations de Maladies professionnelles. Dans les régions connues pour être particulièrement "déclarantes" (Pays-de-Loire, Bretagne), l'incidence des TMS est élevée, mais plutôt stable tandis que dans d'autres régions, elle croit fortement en partant d'un niveau antérieur plus faible.

En lien avec l'exploitation des données des "semaines des maladies à caractère professionnel", les TMS semblent plutôt stables alors que les effets des risques psychosociaux augmentent considérablement.

Dans le cadre du suivi de salariés entre 2002 et 2004, 13% présentaient un TMS clinique (soit une estimation de plus d'un million de cas de TMS en France). Entre 2007 et 2010, ces mêmes salariés, avec une correction sur l'âge, présentent une prévalence de TMS très proche, avec une proportion importante de pathologies de l'épaule. Mais le phénomène TMS n'est pas réglé pour autant, en France comme en Europe où le problème est identique.

Les pathologies de l'épaule concernent 2 à 3% des jeunes de 20 ans et ce chiffre passe à 15% chez les cinquantenaires (11% des hommes, 15% des femmes et 20 à 25% chez les plus de 50 ans). Les TMS sont une inégalité sociale de santé extrêmement forte, puisqu'ils touchent principalement les employés peu qualifiés et les ouvriers.

La cohorte COSALI constituée en 2002-2004 et suivie par autoquestionnaire en 2007 a montré l'importance des TMS comme facteur d'arrêt de maladie ou d'invalidité et comme élément dégradant la qualité de vie.

Des travaux ont été menés récemment sur la part attribuable des TMS en surveillant les syndromes du canal carpien pendant plusieurs années dans le Maine-et-Loire et en région PACA. On constate chez les femmes un excès de risque du syndrome du canal carpien parmi les employées (risque multiplié par 2), notamment peu qualifiées, et parmi les ouvrières (risque multiplié par 3). Chez les hommes, ce ne sont pratiquement que les ouvriers qui sont concernés. Mais le syndrome du canal carpien existe en dehors de toute exposition professionnelle.

En partant d'une population de 100 000 femmes (65 000 exposées et 35 000 non exposées), on observe 380 cas de syndromes carpiens dont 79 chez les inactives. En appliquant ce ratio aux femmes actives, on

peut en conclure que l'excès de risque de syndrome du canal carpien chez les femmes actives n'explique que 149 cas que les 300 cas constatés. Partant du principe que la suppression des travaux de force et la répétitivité des gestes diminuerait l'incidence des TMS de 20 %, de telles mesures réduiraient le nombre des cas observés chez les actives de 61 cas par an, soit 16 % de l'excès attribuable au travail. Cette notion de part attribuable permet de comprendre que les mesures de prévention ne seront d'autant plus 'visibles " que le risque de TMS est élevé dans les entreprises.

Une dernière notion est également importante. La cohorte COSALI a montré qu'une personne sur deux atteinte d'un trouble musculo-squelettique guérissait de sa maladie. Les chiffres actuels de TMS permettent donc de penser que dans le même temps, un grand nombre de nouvelles pathologies apparaissent et alimentent le réservoir des TMS que nous observons. Cette notion doit inviter à la sagesse dans les propositions d'interventions, car de nombreuses situations se règlent par d'autres mécanismes (conditions de travail, parcours professionnels, prise en charge médicalisée…).

Pour conclure, les TMS ne sont pas qu'un problème de santé au travail, mais il s'agit d'un véritable problème de santé publique. C'est une très forte inégalité sociale de santé puisque les TMS concernent essentiellement les ouvriers et des employés peu qualifiés, la moitié des cas de TMS se concentrant sur deux ou trois catégories professionnelles. Les travailleurs concernés en souffrent avec un impact sur leur qualité de vie, sans doute sur leur productivité et sur leur engagement dans le travail. Les services des "Ressources humaines" doivent réfléchir à des stratégies de protection des personnes, notamment les plus exposées, d'autant que les enjeux sociaux du moment vont prolonger la vie active, parfois bien au-delà de 60 ans. La physiologie humaine étant ce qu'elle est, cette évolution sociale devra être prise en compte dans l'organisation du travail et les parcours professionnels.

Et au-delà de leurs interventions en prévention primaire des TMS, les médecins du travail doivent réfléchir à leur investissement dans le versant médical de la prévention secondaire, en s'intéressant de près aux filières de soins spécialisées dans la prise en charge des TMS afin de rentrer rapidement dans une véritable démarche de coordination au sein de réseaux spécialisés. Il y a la question de notre capacité à faire de la prévention efficace et à développer des modèles pertinents.

Et les TMS en 2011. Le point de vue de l'Assurance maladie.

Docteur Jean Houssinot
Médecin Conseiller Technique, Echelon national du Contrôle Médical, Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole, Bagnolet

L'idée développée est de faire un plaidoyer pour une gestion du risque dans le cadre des TMS, du point de vue des assurances accidents du travail et Maladies professionnelles et Assurance maladie, au travers des régimes agricoles des salariés et des non-salariés. Et la gestion de ce risque peut se faire au travers de deux prismes : le coût de l'épidémie des TMS et des pistes de gestion du risque.

Concernant les salariés et non-salariés, les TMS représentent plus de 90% des maladies professionnelles prises en charge chez les assurés agricoles, avec une évolution régulière, qui tend à se stabiliser : 3 255 maladies professionnelles TMS chez les salariés et 1 431 chez les exploitants agricoles. Les affections péri-articulaires (tableau 39) représentent 80% des maladies professionnelles et 90% des TMS. Les lombalgies chroniques arrivent en seconde position.

Cette prise en charge des TMS par les régimes agricoles représente un coût de 332 millions d'euros chez les salariés pour l'ensemble des maladies professionnelles. Les seuls TMS représentent 25% du risque AT-MP. 90% de la charge financière des maladies professionnelles sont imputés aux seuls TMS. Le coût moyen d'un TMS reconnu en maladie professionnelle pour un salarié est de 18 800 €. Plus de la moitié du coût correspond à la rente, 41% correspondent aux indemnités journalières versées à ces salariés, et 8% correspondent à la prise en charge des soins actifs avant consolidation, qu'il s'agisse des soins ambulatoires ou des soins hospitaliers avec la chirurgie.

Chez les non-salariés, le coût peut être estimé à 30% du coût pour un salarié du fait de certaines dispositions réglementaires spécifiques (IPP minimale de 30 %, indemnités journalières versées à partir du 8è jour…). Le coût estimé d'un TMS reconnu en maladie professionnelle pour un exploitant agricole est estimé à 5 600 €.

Concernant les troubles musculo-squelettiques pouvant être reconnus ou du moins déclarés en accident du travail, donc pris en charge sur le même risque, certains sont rejetés, pour d'autres le travail a une imputabilité certaine, et d'autres ne font que bénéficier de la présomption d'imputabilité. Il existe de grandes zones d'ombre sur ces TMS déclarés en AT. Dans les statistiques de la MSA, nous avons retenu comme affections reconnues en accident du travail celles dont la nature de la lésion était limitée à une inflammation, une douleur d'effort ou une lésion musculo-tendineuse. Nous avons également limité aux sièges classiques des TMS. Parmi la centaine de milliers d'accidents du travail reconnus chaque année en MSA, nous avons isolé 8 200 TMS probables, avec une répartition entre les salariés et les non-salariés.

Parmi ces 8 200, nous en avons gardé plus de 5 905 chez les salariés et un peu plus de 2 320 chez les non-salariés qui concernaient des accidents sans violence, des faux mouvements, des mouvements répétitifs, permettant de cibler malgré tout sur de vraisemblables TMS. Donc le siège, la nature de la lésion, le type de l'accident, permettent de penser que ce doit être rattaché à des TMS. Plus des trois quarts sont concernés par des lésions du rachis lombaire, des lumbagos, des lombalgies d'effort. Pour l'estimer financièrement, nous avons retenu le coût moyen d'un AT qui est de 4 600 €, donc moindre qu'en maladie professionnelle, pour les salariés comme pour les non-salariés. Soit un coût total à la charge du régime accident du travail/maladies professionnelles de 97 millions d'Euros par an

pour prendre en charge les TMS. Et ce qui est pris sur le risque maladie est laissé totalement dans l'ombre.

Par rapport aux postes de dépenses pour la MSA, tous risques confondus, qu'il s'agisse des indemnités journalières, des frais de transport, le poste LPPR – ex-TIPS – ce montant de 97 millions d'Euros n'est pas négligeable, alors que sur les autres postes, nous avons des actions de maîtrise médicalisée, de gestion du risque. Pourquoi ne pas mener une réflexion sur une gestion du risque ciblée sur les troubles musculo-squelettiques. D'autant qu'en MSA, dans le cadre de son guichet unique, on retrouve l'ensemble des secteurs experts sur les troubles musculo-squelettiques.

Des actions sont menées par la MSA dans plusieurs domaines, à savoir la prévention des risques professionnels, l'évaluation de l'aptitude au poste et du devenir professionnel d'un assuré atteint d'un TMS reconnu dans le cadre de la visite de préreprise, un contrôle de l'imputabilité au travail de ces lésions, un contrôle de l'imputabilité des soins sur ce risque AT-MP, et une évaluation des séquelles de fixation du taux d'IPP. Par ailleurs, la MSA contribue au financement des stages de reconversion et de réadaptation. Elle réalise également des études, des analyses globales sur les risques.

La loi de réforme des retraites de novembre 2010 sera applicable en juillet 2011. Nous sommes donc au cœur d'une actualité, avec la mise en place du dispositif pénibilité de la loi de réforme des retraites. Nous ignorons quelle sera l'estimation du nombre de personnes concernées et le coût. Cela concernera les victimes d'AT ou de MP, avec un taux de séquelle minimum de 10%, et exposés à des facteurs de pénibilité pendant une durée minimale de dix-sept ans.

En conclusion, gérer un risque nécessite de bien le définir, bien le circonscrire, bien le connaître, le prévenir.

Comprendre et prévenir les TMS : le modèle bio-psycho-social.

Professeur Bernard Fouquet
PU-PH, Université François Rabelais, Responsable de la Fédération Universitaire Inter-hospitalière de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle - CHU Tours, Chateau-Renault

Il est classique de dire que les processus douloureux au cours de l'activité professionnelle sont nombreux. Il est donc impossible de dissocier la dimension physique du travail de la dimension psychologique et de la pénibilité, de la souffrance. Pratiquer une activité professionnelle est donc pénible.

Pratiquement un salarié sur deux est en situation de douleur avec des prédominances et des pics de fréquence (au moment de l'apprentissage, lors de la première expérience professionnelle, puis à partir de la quarantaine). Le caractère récurrent, l'évolution spontanément réversible des troubles, montrent qu'un grand nombre de symptômes, de phénomènes douloureux sont parfaitement réversibles et environ 1% des cas évoluent vers une incapacité sévère et prolongée.

L'histoire des patients que nous rencontrons ressemble à une mosaïque, c'est-à-dire que chaque intervenant va voir une petite pièce d'une mosaïque plus globale. Un clinicien, en fonction de son origine, de sa formation et de sa spécialité, aura une vision parcellaire, sans jamais appréhender globalement le travailleur souffrant et sa complexité. La réalité du patient n'est pas celle que nous observons, mais celle qu'il vit au quotidien. Et la différence est importante.

Racontons-nous une histoire d'épaule. Il s'agit d'une femme mariée, mère de deux enfants et qui travaille dans l'industrie électronique, sur un poste Recherche & Développement depuis mai 2010. Elle vient pour une douleur de l'épaule gauche. Cette patiente écrit de la main droite et a une épaule de force à gauche. A la question : "Que puis-je pour vous ?", elle répond :"C'est le travail, c'est à cause des charges lourdes en hauteur, au-dessus des épaules que j'ai mal parce que les mouvements sont répétitifs". La causalité est posée d'emblée. Le travail est en cause travail et la patiente est en arrêt de travail dans le contexte d'une Maladie professionnelle reconnue.

Elle présente depuis dix ans des douleurs thoraciques supérieures, antérieures, avec des sensations de brûlure au moignon de l'épaule, avec un engourdissement nocturne des quatrième et cinquième doigts avec une aggravation en élévation à plus de 90°. Dès lors qu'elle atteint cette hauteur apparaissent des phénomènes douloureux très intenses à l'épaule, à la cage thoracique et dans le membre supérieur. Une prise en charge de kinésithérapie pour un syndrome de la traversée thoraco-brachiale n'a pas apporté d'amélioration significative.

Lors de la consultation, on retrouve effectivement un syndrome de la traversée thoraco-brachiale et un tableau dysfonctionnel musculaire sévère de la ceinture scapulaire. Mais l'entretien apporte de nombreux autres éléments de la mosaïque évoquée précédemment : un état de fatigue ancien, aggravé par un travail de nuit ayant engendré des troubles du sommeil, des troubles du comportement alimentaire, un comportement perfectionniste dans toutes les composantes de sa vie, des troubles dysthymiques majorés par les décès de ses parents…

Au final, nous partons donc d'une plainte liée à un trouble dû au travail, mais survenant chez un individu ayant ses caractéristiques et son histoire bien à lui.

Comprendre les troubles musculo-squelettiques, du point de vue du clinicien et du thérapeute, repose sur plusieurs logiques :

une logique médicale liée aux affections en cause, une logique de prévention (pourquoi y a-t-il un trouble musculo-squelettique) et enfin une logique de traitement.

Tentés par le réductionnisme (un problème dû à une cause unique) pour appréhender les TMS, nous persistons lorsque nous pensons supprimer les conséquences sociales des TMS en prenant en charge la douleur.

Les TMS sont des affections disparates dans leurs expressions et on peut opposer des TMS fréquents, mais avec des incapacités peu importantes et/ou courtes et des situations plutôt rares de patients dans une situation à haut risque personnel, avec un risque de précarité par une incapacité majeure prolongée.

Il y a 50 ans, sont survenus différents courants de pensée, réactionnels face à une médecine qui faisait reposer l'objet (le corps) et l'objectif médical (le soin) comme les seuls éléments déterminants. Seul avait de la valeur ce qui est mesuré objectivement.

En réaction à des courants de pensée donnant de la valeur aux seuls indicateurs mesurables, des auteurs ont envisagé d'autres modèles. Ainsi, ENGEL a développé ce qu'il a appelé le modèle bio-psychosociologique en réaction au modèle "bio-médical".

Le modèle bio-psychosociologique (BPS) développé par ENGEL incorpore à égalité 3 dimensions : biomédicale, comportementale, environnementale. Ce modèle peut être compris comme un modèle d'adaptation de l'individu face à des conditions environnementales, adaptations qui vont agir à la fois dans le plan physique et dans le plan psychologique.

Ainsi, les réactions de l'individu dans un environnement peuvent être physiologiques, émotionnelles, cognitives, comportementales. Les modifications fonctionnelles physiques et mentales quant à elles, vont-elles aussi interagir sur l'environnement, soit par les modifications physiques, soit par les modifications psychologiques, voire par les deux.

Nous-mêmes avons montré dans le cadre des TMS rebelles et incapacitants comment les facteurs individuels psychologiques et professionnels étaient en interaction avec les facteurs physiques .
Ce que le modèle BPS de la douleur apporte est qu'au-delà de la dimension objective, l'explication de la souffrance de l'individu provient des interactions complexes, physique, psychologique et sociale.
La douleur, comme la fatigue, le sommeil, fait appel à la dimension subjective du patient non plus comme objet, mais comme individu. C'est bien la dimension subjective qui pose un problème et pour le patient qui veut comprendre, mais n'a pas toutes ses clefs et les acteurs de santé qui ont leur propre subjectivité.

L'approche causaliste peut être pertinente pour une approche épidémiologique de phénomènes corporels spécifiques. En dégageant des facteurs mécaniques, on peut agir sur des phénomènes pathologiques spécifiques notamment dans le domaine des TMS (pathologies tendineuses…). Donc à l'échelon d'une population de salariés, globalement l'approche scientifique peut de mesurer et se quantifier.

A l'échelon de l'individu, le problème est différent : d'abord parce que sa propre constitution peut échapper au modèle biomécanique standard (une usure de la coiffe admet des facteurs personnels qui peuvent être plus vulnérants pour le tendon que la contrainte professionnelle). Ensuite, la pratique professionnelle peut générer des processus douloureux dont l'intensité est fonction de mécanismes de gestion qui sont dépendants de l'état psychologique et social du salarié, phénomènes douloureux qui échappent au modèle causaliste parce que « non spécifiques » (sans pathologie constituée). Enfin, parce que dans les affections spécifiques et non spécifiques en particulier du membre supérieur, les conditions du retour au travail sont plus dépendantes de facteurs sociaux et

psychologiques que des seules conditions biomécaniques.

Le principal obstacle rencontré dans le traitement des TMS réside dans la propre culture médicale et donc populaire sur les causes et conséquences des TMS, fonction des interlocuteurs que le patient –salarié rencontre au cours de son parcours. Dès lors que les causes de l'incapacité et de la douleur, phénomènes qui ne sont pas liés, sont recherchées en dehors du domaine biologique, la croyance des acteurs et du patient-salarié fait que celles-ci sont souvent contestées et réfutées. Les causes de ce refus sont multiples. Pourtant les démonstrations du modèle bio-psychologique dans la pratique sont multiples.

Globalement, à l'échelon de l'individu, le meilleur concept de prise en charge est celui de la Classification Internationale Fonctionnelle des états de santé (C.I.F.). Elle permet de rendre compte des échecs des stratégies de prévention et de traitements parfaitement codifiées à l'échelon de l'individu, notamment pour les stratégies de prévention tertiaire.

Éloignée de la pratique et de la formation médicale, éloignée du rationalisme scientifique, l'approche bio-psycosociologique des maladies chroniques doit être appréhendée par la majorité des acteurs de santé ce qui signifie un réel effort de formation et de compréhension de ces derniers.

Les processus des troubles musculo-squelettiques sont complexes. Chaque intervenant est une pièce de la mosaïque. Au fur et à mesure que l'on progresse dans la compréhension des troubles musculo-squelettiques, chaque petite pièce de mosaïque devient une autre pièce. Nous sommes dans des systèmes de causalité assez simples au départ. Au moment de la prévention primaire, il s'agit de systèmes assez simples dans l'immense majorité des cas. Dès le premier arrêt de travail, nous sommes sur une véritable rupture par rapport à l'environnement, ce qui traduit l'incapacité de l'individu à continuer de s'ajuster. L'arrêt de travail est toujours un signal d'alarme fort pour une évaluation complexe, multifactorielle, de ce qui a conduit à l'arrêt de travail dans un TMS. Et cela pour éviter les formes tardives que l'on voit de temps à autre, dans lesquelles l'individu présente un chaos affectif, un chaos cognitif, avec des troubles du langage, des troubles comportementaux, où il est totalement dépassé, nous également par la même occasion.

Éloignée de la pratique et de la formation médicale, éloignée du rationalisme scientifique, l'approche bio-psycosociologique des maladies chroniques doit être appréhendée par la majorité des acteurs de santé ce qui signifie un réel effort de formation et de compréhension de ces derniers.

ꕥ

Ergonomie, économie et management : prévention des TMS et amélioration de la condition du travail.

Professeur François Hubault
Ergonome, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Centre Thénard, Paris

Nous allons aborder les TMS à partir de l'ergonomie dans ses liens avec les questions économiques et de management. Dans la façon même de nommer les événements, il y a une manière d'orienter la compréhension des choses.

Les TMS ont une multiplicité d'expressions et impliquent de nombreuses disciplines. Un grand nombre de paradoxes concernent les TMS : on observe des activités de travail à cycle court sans TMS, des TMS sans forte sollicitation gestuelle, des TMS dans des postes "ergonomiques"…

On ne peut comprendre la dynamique des TMS uniquement en termes de causalité directe. De sorte que s'ils n'ont pas de causes bien identifiées, il faut comprendre qu'ils ont des raisons, ou plutôt des phénomènes, des histoires, des scénarii, des dynamiques. De la même façon, nous pourrions dire que ce sont des problèmes qui n'ont pas de solution au sens où il est improbable que l'ergonomie puisse à elle-seule les résoudre. Si nous ne pouvons pas raisonner strictement en termes de solutions, il faut raisonner en termes de réponses. Il s'agira à la fois de pertinence (répondre à la question) et de responsabilité (en répondre). La compétence de l'intervention se joue justement dans la façon de lier la pertinence de la réponse localement, in situ, et de la responsabilité engagée. Enfin, il n'y a pas vraiment de prévention durable puisque ces problèmes ne sont jamais réglés autrement qu'en prévention continue.

Nous sommes dans des approches qui ne peuvent plus raisonner dans un modèle hygiéniste où il s'agirait de maladies que l'on peut totalement éradiquer. On est moins dans la capacité de prévenir réellement que dans celle de développer des capacités d'y faire face. Cela oblige à la fois de changer des problématiques de type primaire, secondaire, tertiaire, mais également à changer de modèle. Cette dichotomie des charges qui renverrait à des causes physiques, psychiques, affectives, ne marche pas. Comme nous avons affaire ici à une totalité du corps, engagée en tant que personne, où la dimension de la subjectivité est centrale, cela appelle un certain déplacement des modèles.

Changer de manière de voir, c'est aussi s'apercevoir que les approches unicausales ne fonctionnent pas, ce que l'on améliore d'un côté, on le dégrade de l'autre, et il faut donc trouver la manière dont tout cela tient ensemble. Cela signifie que l'intervention passe par la capacité de construire le périmètre du problème. Ce périmètre n'est jamais donné d'avance, c'est une construction qui relève d'un processus social, qui va demander de s'accorder sur ce que l'on convient ensemble de devoir regarder pour se saisir ensemble de la manière de traiter le problème. Cela dépend d'un certain nombre de considérations, aussi bien de la capacité méthodologique et scientifique que de la capacité sociale, idéologique, économique de l'organisation à faire face à une question qui, si elle est trop complexe, ne peut pas être saisie. L'enjeu pour nous n'est pas d'avoir raison ou tort, mais d'être pertinent en construisant l'accord sur le périmètre le plus pertinent, c'est-à-dire le plus adapté aux capacités cognitives, affectives, techniques, sociales, morales, des partenaires avec lesquels cela se passe.

Tout ceci pose la question en termes organisationnel, et renvoie à la nécessité de remonter à la question de la valeur. La possibilité d'intervenir sur les organisations est totalement liée à la manière dont elle attache de l'importance ou non à ce qui s'y joue. La

question de la place du travail, de la condition du travail, dans le dispositif de création de valeur, est essentielle. Yves Clot a dit que c'est lorsque le travail va mal que les gens finissent par en faire une maladie. L'idée est que ces affaires renvoient, à travers des corps malades, à un travail signalé comme malade à travers eux.

Le travail est une problématique de la relation de l'homme au monde et renvoie donc à la façon dont il est interpellé par les sollicitations de l'environnement, incidemment par les dimensions de l'environnement qui se présentent à lui à travers des formes organisées du travail. C'est la capacité d'être interpellé qui est en jeu, et c'est la question même de la subjectivité, c'est-à-dire la capacité sensible, la capacité d'être affecté.

Une première possibilité est d'agir. Agir, c'est la possibilité par laquelle la tension trouve une issue qui satisfait la possibilité de dépenser les énergies mobilisées par le stress, et dans une activité pertinente, répondant à hauteur de la sollicitation, c'est-à-dire intervenant efficacement.

L'autre possibilité, c'est d'en parler. La sollicitation appelle une réponse de l'ordre du verbal. Et s'il arrive que l'action ne suffise pas, pouvoir en parler, pouvoir échanger, pouvoir me plaindre sur le mode de l'échange de ce qu'il ne m'a pas été possible de faire, est en soi une issue qui vient s'ajouter à la précédente.

A l'inverse, dans une situation où la sollicitation ne trouve pas le moyen d'une issue dans le registre de l'activité ou de la parole, cette issue provoque la somatisation, qu'il faut prendre au sens de la psychosomatisation. Cela veut dire que les accidents de travail, les pathologies, deviennent le symptôme d'une incapacité d'agir. Autrement dit, ce sont des expressions médicalisées d'une question qui n'est pas seulement médicale et qui renvoie à l'organisation du travail. Les expressions pathologiques sont des symptômes d'une organisation qui ne donne pas les moyens de l'expulsion des tensions qu'elle provoque. La relation entre la dimension de la santé et la dimension de l'efficacité économique se met alors en place et les enjeux de l'intervention, en l'occurrence celles des ergonomes, sont posés.

En disant cela, on se met dans le cas d'une compétence assez complexe à construire dans la mesure où il faut pouvoir conjuguer cette problématique depuis les aspects neurophysiologiques, mais aussi psychologiques, psychanalytiques, au sens de la subjectivité, jusqu'aux enjeux économiques. C'est dans la façon dont les ergonomes sauront les relier que se construit la capacité d'une mise en problème de ces affaires sur le bon périmètre. Mais il est rare que seule l'intervention des ergonomes suffise. Ce qui renvoie aux sources même de la pluridisciplinarité qui se met, doit ou devrait se mettre en place dans les services de santé.

Ceci nous conduit à revenir sur ce que les ergonomes mettent derrière le mot activité. Dans l'activité se jouent deux dimensions qui se combinent et se font écho. La première est de réaliser la tâche, c'est-à-dire ce qui est prescrit, ce qui est demandé, dans le monde réel. Autrement dit, travailler, c'est faire l'expérience de ce qui n'est pas réglé d'avance, c'est donc prendre le risque de ce que l'on ne maîtrise pas. Travailler, c'est donc s'aventurer, faire quand même. Et c'est en cela que le travail crée de la valeur, à la différence du fonctionnement. Mais cela suppose que l'opérateur ait accès à la finalité, sinon il ne peut pas lui être fidèle. Face à une réalité qui ne rend pas possible d'appliquer la procédure, si l'on ne sait pas remonter à la raison de la procédure, à son sens, on est désorienté au sens propre, c'est-à-dire dans une situation sans direction et donc dans une situation d'abandon. C'est essentiel. La nécessité que l'opérateur le plus modeste ait accès à la compréhension des raisons de ce qu'on lui demande est liée au fait que ce qu'on lui demande de faire va pouvoir remonter à ces raisons pour réaliser ce qu'il fait au plus fidèle de ce qu'on voulait qu'il fasse, et non pas seulement dans le strict respect de la procédure.

Ce qui se joue aussi dans l'activité, c'est de se réaliser dans l'espace subjectif, c'est-à-dire de

concilier ses propres raisons d'agir avec les raisons qui ont soutenu la prescription. Autrement dit, si les gens font autrement que ce qu'il est prévu qu'ils fassent, ce n'est pas simplement qu'ils rencontrent dans le monde réel d'autres dimensions que celles qui avaient été retenues, c'est qu'ils représentent un monde différent pour atteindre des objectifs à travers ce qui est commandé. C'est la manière dont les deux se mettent en résonance qui construit l'activité.

On retrouve cela dans la question du geste. Le geste est un mouvement habité. Dans les activités professionnelles, il repose sur les savoir-faire de prudence. L'enjeu de l'activité de travail, c'est la mobilisation d'un faire face à ce qui n'est pas prévu, d'une manière qui ménage la possibilité pour celui qui agit d'y réaliser ses propres buts. Il est important de comprendre que la dimension des prudences ne concerne pas simplement ce qui met en jeu la sécurité de la personne, elle concerne aussi la qualité. La façon d'être prudent, c'est la manière dont on s'y prend pour que le produit ne soit pas blessé. Ce peut être aussi des enjeux de fiabilité pour que la machine, les équipements, les dispositifs tiennent la route. Ce n'est pas simplement la façon dont on s'y prend pour que soi-même on s'en sorte indemne. Les prudences sont des qualités génériques du métier même qui consistent à tenir ensemble des dimensions qui ne sont pas spontanément accordées et qui sont toujours sous la menace d'une rupture.

Certains éléments sont essentiels à mettre alors en place d'entrée de jeu si on s'intéresse à la prévention des TMS. D'abord, la nécessité de mettre en place des stratégies d'écoute. A travers les RPS, nous avons pu voir qu'il s'agit d'un des déficits les plus importants. Cette question de l'écoute est centrale. C'est reconnaître la valeur en soi de la parole des salariés. Quelqu'un qui se plaint est quelqu'un dont il faut savoir entendre ce qu'il dit comme signifiant d'entrée de jeu.

Convaincre le management qu'il a à gagner à une écoute, dont il va surtout avoir à souffrir dans un premier temps, est ce qu'il y a de plus difficile dans les organisations ; sachant que vont lui être remontées des choses qui ne vont pas lui plaire et dont il ne saura pas quoi faire.

D'autre part, il faut veiller à un certain nombre de préjugés. Il est frappant aujourd'hui de constater que les TMS touchent de plus en plus de jeunes dans les entreprises, touchés dans l'exercice d'un geste quotidien qui est cœur de leur métier. Ce ne sont pas des gestes qu'ils feraient à la marge, inhabituels, des gestes où l'on serait pris en défaut, mais des gestes du métier, qui sont faits tous les jours et qui atteignent les personnes de plus en plus tôt. Autrement dit, il y a quelque chose qui est si peu spécifique qu'on a beaucoup de mal à pouvoir le sortir de ce qui fait le métier.

Un enjeu essentiel concerne les systèmes d'information et de management, la capacité des systèmes à développer une sensibilité aux signaux faibles, aux dimensions infra cliniques. Quand un système est branché sur des signaux faibles, il "crie" en permanence. Or, la subjectivité humaine est construite de telle sorte qu'on ne supporte pas des alarmes à répétition, car il s'agit de situations anxiogènes. Un enjeu de management est de mettre en place des indicateurs sur des signaux faibles, dont la fréquence et l'intensité des alarmes seront acceptables.

Pour conclure, la notion qui s'installe aujourd'hui de façon assez partagée dans nos communautés, c'est l'idée qu'au cœur de ces problématiques il y a un déficit de conflictualité sur le réel du travail. Et pour s'en sortir, il faut rétablir de la conflictualité. C'est-à-dire qu'à partir du moment où les dimensions du travail sont celles d'expériences d'un réel qui résiste, l'enjeu de l'évaluation, de la reconnaissance, du dimensionnement des moyens passe par la reconnaissance du caractère discutable, et donc à discuter de ce que veut dire, faire, faire bien, de ce que signifie travailler correctement, et de ce que veut dire le réel du travail auquel on est confronté.

Or, le débat de fond repose sur le fait que dans les organisations, tout le monde n'a pas le même réel en tête. Ce qui est en jeu, c'est la reconnaissance de cette conflictualité sur le réel, dont une des conséquences est la

conflictualité sur la qualité avec laquelle on développe une activité sur ce réel. C'est au cœur des TMS tout autant que des RPS.

Au cœur de nos problématiques, il y a la question de la valeur du travail. Du point de vue de l'entreprise, c'est la question de ce que lui coûte le travail et l'effet utile qu'elle en attend. Le ratio s'appelle productivité. La productivité est la manière par laquelle l'entreprise dit le rapport qu'elle reconnaît, à ce qu'elle engage de coût dans le travail et l'effet qu'elle en retire. La question centrale ici est comment elle compte. Qu'est-ce qu'elle appelle "coûter" et quel est l'effet utile qu'elle retient. C'est une question stratégique. Il n'y a pas d'intervention ergonomique pertinente sans prendre en compte cette question. En d'autres termes, c'est qu'est-ce que l'entreprise attend du travail, et donc comment elle le regarde, elle l'estime, elle le soutient, elle s'en inquiète.

Il y a de plus en plus de situations dans lesquelles il y a décrochage de ces champs. On voit des gens de plus en plus sur-occupés, à suivre des procédures, remplir des dossiers, et de moins en moins préoccupés ou assez préoccupés de ce qui fait sens. Il y a un décrochage entre la raison de faire et les obligations de faire. Certains sortent du travail en disant qu'ils sont épuisés, et qu'en même temps ils n'ont rien fait. Ce décrochage entre l'expérience subjective d'une fatigue, qui est l'indication d'un engagement, et le sentiment subjectif d'un désengagement, est pathogène. C'est cet enjeu de la réconciliation qui est au cœur de la santé.

Dans l'activité, c'est le rapport au réel qui est en scène, c'est-à-dire un rapport au monde. Ceci mobilise deux dimensions. D'une part, la dimension de la subjectivité, c'est-à-dire la capacité d'être affecté, la capacité sensible. D'autre part, la dimension de la vulnérabilité, ce qui fait que je suis touché et donc susceptible d'être atteint, ce qui fait donc que j'y risque quelque chose de moi, dont on voit que c'est la contrepartie de ce qui fait que j'y vais. Nous sommes ici dans une tension complète entre ce qui est la source de la capacité et le risque de l'engagement. Tout renvoie ici notamment à la question de la qualité de l'organisation. Est-elle bienveillante ou malveillante ? Autrement dit comment va-t-elle tirer avantage de cette capacité d'emprise que je donne en me laissant atteindre, en me laissant convaincre, en me laissant toucher, comment elle le retourne ou pas contre moi, dans un registre où je vais être victime. C'est la dimension des emprises.

Dans l'affectivité, dans la subjectivité, il y a un réglage entre deux extrêmes : la désaffection et la sur-affection. L'enjeu du métier est d'arriver à régler les deux. Et l'enjeu du travail, c'est la capacité de développer la subjectivité, de devenir de plus en plus capable de se laisser atteindre par des dimensions de plus en plus subtiles et complexes.

La seconde dimension est celle de la santé. La santé est le sentiment d'être pour quelque chose dans la manière dont les choses tiennent ensemble. Et c'est l'activité par laquelle je fais l'expérience d'être pour quelque chose dans la manière dont les choses tiennent. Il y a deux extrêmes.

Notre compétence ne réside pas simplement dans l'analyse des raisons pour lesquelles il y a des TMS ou des RPS, mais tout autant dans la capacité de les relier à ce sur quoi on peut agir pour qu'il y en ait moins. Si on ne sait pas faire ce lien, on reste dans une posture critique qui ne peut pas intervenir parce qu'elle ne trouve pas le relais dans la subjectivité des individus, qui est la condition de leur capacité de travail à eux, d'une écoute pour agir.

Après-midi - Introduction

Jack Bernon

Modérateur, Responsable du Département Santé-Travail, ANACT, Lyon

Je suis responsable du département santé et travail à l'Agence nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Nous allons entendre quatre exposés. Le premier portera sur le rôle des acteurs de la santé sécurité au travail, quels enjeux pour la prévention des TMS, et nous sera présenté par Sandrine Caroly, Maître de conférence en ergonomie au Laboratoire PACTE à l'université de Grenoble. Les autres exposés auront trait à l'entreprise, en particulier le groupe Elivia, avec une expérience de prévention continue des TMS qui sera présentée par Murielle Mangin, responsable de sécurité du Groupe Elivia. Une intervention d'Eric Guillochon, Directeur de site du groupe Elivia, et de Josiane Voisin, ergonome-conseil à MB2 Conseil SNC, sur la question des ressources humaines et la façon dont elles peuvent investir la prévention des TMS. Nous terminerons sur l'exposé « TMS d'accord, approche globale d'abord » de Bruno Michel et Damien Mérit, consultants en relations homme/travail chez Michel-Mérit Consultants dans la région d'Angers.

Sandrine Caroly avec le Laboratoire PACTE et l'ANACT que je représente ici, organisons le congrès francophone sur les TMS les 26 et 27 mai à Grenoble.

Rôle des acteurs de la santé-sécurité au travail : Quels enjeux pour la prévention des TMS ?

Sandrine Caroly
Maître de conférences en ergonomie, Laboratoire PACTE, Université de Grenoble

Mon propos portera sur la diversité des acteurs, le poids du contexte sociopolitique d'entreprise et de population. Je passerai de l'expertise à la disposition des acteurs à faire quelque chose ensemble pour évoquer les conditions de la pluridisciplinarité. J'appuierai principalement mon propos sur mobilisation des acteurs et activités collectives. Pour évoquer ces points, je m'appuie sur deux recherches. Une recherche sur la prévention durable des TMS, que nous avons réalisée avec plusieurs laboratoires dans le cadre de la DGT, et une recherche que je réalise actuellement sur les pratiques des médecins du travail dans la prévention des TMS.

Une diversité d'acteurs intervient dans la prévention des TMS, des médecins du travail, des ergonomes, des ressources humaines, de l'encadrement de proximité, des collectifs de travail, des conseillers de prévention, des inspecteurs du travail, et bien d'autres. Les compétences des acteurs vont dépendre principalement de leurs connaissances par rapport à l'étiologie des TMS et à la manière d'intervenir sur ces phénomènes, des possibilités qu'ils ont mises en œuvre de leurs connaissances, des moyens disponibles dont ils disposent pour faire le travail, des coopérations avec les autres acteurs. Il ne faut pas sous-estimer que le développement des compétences dépend des prescriptions.

Dans le domaine de la prévention des TMS, on peut se poser un certain nombre de questions sur les freins et les leviers d'action des acteurs de la prévention. Ce domaine est marqué par un contexte politique et institutionnel fort. La pluridisciplinarité, quand elle est imposée dans certains services de santé au travail, ne rend pas possible l'action de l'acteur. Autre frein à cette prévention, la population vieillissante, et le fait que les entreprises bougent en permanence, dans les modes de production, qui conduisent souvent à remettre en cause des constructions qu'on a réussi à mettre en place.

Face à ces difficultés à mettre en œuvre, les actions, les acteurs vont être dans une vision assez défensive de la santé, vont chercher à aménager le poste, à réparer la maladie, à protéger le salarié, avec parfois des logiques assez cloisonnées sur la manière d'intervenir. Et on observe plutôt une prévention ajoutée, c'est-à-dire comme étant l'un des éléments de l'entreprise, ou parfois sous-traitée à l'extérieur de l'entreprise, mais on est rarement dans une prévention intégrée aux projets de l'entreprise. Pour mieux cerner ce contexte, il est important d'analyser le travail de chaque acteur.

Des dilemmes auxquels sont confrontés les acteurs rendent encore plus difficile leur action sur les TMS. Il pourra s'agit de travailler seul ou en pluridisciplinarité, ou encore de faire l'usage de la loi ou d'accompagner l'entreprise en tolérant parfois un certain nombre d'infractions. Le dilemme peut être entre passer du temps en entreprise ou passer du temps en cabinet ou en formation. Tous ces dilemmes nous conduisent, en tant qu'acteurs, à poser des questions dans le dispositif de prévention sur l'efficacité et l'efficience du travail.

On observe une diversité des formes d'engagement dans l'entreprise, selon le statut de l'intervenant. Quand on travaille à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, on n'a pas les mêmes marges de manœuvre. Pour un même intervenant, on observe aussi des différences selon qu'il intervient en petite et moyenne entreprise ou en grande entreprise. Et on constate que le manque de proximité

géographique avec les centres de décision, lié aux effets de morcellement des différentes unités de production et de centres de décision, rend plus difficiles les formes d'engagement des acteurs.

D'autre part, l'ancienneté dans l'entreprise est une donnée importante par rapport à l'engagement. Construire des relations dans l'entreprise, tisser des relations de confiance, prend du temps.

Pourquoi est-il difficile de conduire des projets communs en prévention ? Parce que souvent on observe une séparation des logiques. Il y a différents acteurs, différents départements, avec des difficultés de coordination. Souvent, les acteurs représentent aussi différentes institutions ayant du mal quelquefois à se coordonner. Dans l'entreprise, on rencontre une représentation exclusivement du côté d'une seule logique au détriment d'autres logiques. Par exemple, la rentabilité, la production, au détriment de la santé et de la sécurité. On rencontre aussi des conflits entre des objectifs de santé, de sécurité et de production. La référence majeure est quand même celle de la standardisation basée sur des bonnes pratiques. Et on observe très peu d'évaluation des pratiques professionnelles et de l'efficacité de nos actions.

La séparation des logiques peut aussi s'expliquer par les difficultés de pilotage dans l'entreprise, avec un manque de participation de tous les acteurs à la conduite de projet, notamment sur les projets d'amélioration continue. Est souvent évoquée la question du temps.

Les résultats de prévention durable montrent qu'il existe un certain nombre de freins à la prévention des TMS. D'abord, un manque de ressource en temps, en moyens de travail et en compétences des acteurs, sans oublier la non-intégration du risque TMS dans les outils ou le fonctionnement de l'entreprise. Et souvent, la dimension de la santé n'est pas perçue comme étant stratégique pour l'efficacité de l'entreprise, notamment par la hiérarchie. On observe enfin une hétérogénéité assez forte de la participation des salariés dans l'amélioration de leurs conditions de travail.

Les entreprises commencent donc à s'engager dans la prise en charge des TMS, mais sans de véritable cohérence et parfois avec absence ou faiblesse des alertes externes, avec des enjeux mal définis, des interventions multiples et successives, souvent portées par un seul acteur dont l'absence fragilise l'ensemble.

Les entreprises s'engagent souvent sur des dimensions biomécaniques, sans véritable prise en compte des facteurs psychosociaux. Les changements permanents, les décisions prises à distance rendent difficile un engagement à long terme.

Cette mobilisation des acteurs va dépendre des espaces de débat qui existent dans l'entreprise autour de la conception des systèmes de travail, des systèmes de production et de prévention. Ceci n'est possible que si les TMS sont vus avec une certaine approche du geste qui n'est pas uniquement biomécanique.

On observe également une disparité des accompagnements proposés tant du côté des actions que des approches ou des modèles de référence, qui peuvent être parfois contradictoires, avec des stratégies plus ou moins isolées. L'entreprise va ainsi faire appel à tel intervenant pour travailler sur la dimension biomécanique et à tel autre intervenant pour travailler sur les risques psychosociaux, sans jamais établir de liens pourtant indispensables.

Comment se traduit le syndrome de TMS dans les entreprises ? On arrive à définir le syndrome TMS par le fait qu'on ne peut rien faire, ou que l'on ne peut pas faire autrement, avec souvent un sentiment général d'impuissance par un blocage de la dynamique d'espace de débat ou de délibération.

Le modèle d'intervention de Marie Bellemare peut permettre de voir quelle est la place des différents acteurs dans la prévention des TMS. Les TMS sont fabriqués par un certain nombre de mécanismes physiopathologiques, auxquels sont liés des facteurs de risque (posture, effort…) et des déterminants des facteurs de

risque (techniques, organisationnels ou de population). L'intervention peut se faire à différents niveaux, sur des données ou sur de l'analyse de l'activité (pour comprendre les facteurs de risque ou les déterminants de ces facteurs de risque).

Un autre niveau concerne tout ce qui va être objet de transformation, ce sur quoi on va agir pour éviter ces facteurs de risque. Les acteurs concernés vont être les concepteurs, les ingénieurs, la maîtrise, la direction, le CHSCT. Ce modèle montre que différents acteurs peuvent intervenir à différents niveaux, chacun ayant une zone d'action importante par rapport à l'ensemble du modèle d'intervention sur les TMS.

La mobilisation des acteurs passe par une meilleure formation de tous et de de valoriser la fonction santé/sécurité dans l'entreprise, en développant des compétences d'analyse et des conduites de projet.

Un modèle québécois de Geneviève Baril-Gingras et Marie Bellemare montre que l'intervention sur les TMS est très dépendante des organismes dans lesquels on se trouve, des orientations de ces organismes, mais également des contextes de l'établissement. Pour ces derniers, les relations que vont avoir les acteurs ou les capacités des acteurs vont influer sur la manière de développer une stratégie d'intervention. La question de la compétence de l'acteur est donc assez dépendante du contexte et de l'institution dans laquelle il se trouve.

Quelles sont les ressources nécessaires pour que l'intervenant externe puisse bien intervenir ? D'abord, il est important qu'il ait des orientations claires et un soutien solide de son organisation, qu'il ait les savoirs, les connaissances, les habiletés ou l'expérience qui lui permettent d'intervenir. Qu'il ait des occasions d'échanger avec d'autres professionnels. Qu'il ait du temps. Qu'il ait une certaine crédibilité par rapport aux différents acteurs de l'établissement, et que son mandat et ses pouvoirs soient relativement clairs.

Autre ressource nécessaire pour bien intervenir sur les TMS est la capacité des acteurs à « lire » le contexte et les enjeux pour pouvoir adapter leur stratégie d'intervention. C'est toute la capacité à définir une stratégie d'intervention, qu'il s'agisse de la définition du problème, des activités et des propositions de changement. Enfin, pour mobiliser les acteurs, il est important de pouvoir influencer un certain nombre d'orientations des organismes de prévention et des politiques publiques pour faciliter la coordination des différentes zones d'action.

Nous pouvons aller vers une approche collective. Je vous propose un modèle d'activité collective avec l'hypothèse que chaque acteur sera beaucoup plus fort dans le développement de son action s'il peut travailler avec d'autres. Je fais la distinction entre travail collectif et collectif de travail. Le travail collectif est ce que l'on fait ensemble dans l'action. Le collectif de travail est la manière dont on partage un certain nombre de valeurs, de modèles, de concepts, de façons d'intervenir…

Pour arriver à une activité collective qui soit source d'efficacité du point de vue de la prévention des TMS, il faut un couplage entre du travail collectif et du collectif de travail. Avec cette combinaison, on va pouvoir trouver dans l'activité collective des ressources qui vont nous permettre de re-élaborer un certain nombre de règles et de trouver des solutions et des options par rapport aux problèmes posés. Cette re-élaboration des règles va rendre le travail collectif plus efficace.

Au-delà de la re-élaboration des règles et le fait de trouver des solutions dans des situations délicates, l'activité collective contribue également à enrichir le collectif de travail. C'est ce que l'on appelle la vitalité du collectif. Plus on travaille ensemble, plus on va enrichir notre collectif de travail, plus on va partager à demi-mot un certain nombre de choses, on va faire confiance à l'autre sur la manière dont il va intervenir, alors qu'il appartient parfois à une autre institution dont les prérogatives sont différentes des siennes. Et cette vitalité du

collectif de travail enrichit aussi la santé et le développement des compétences pour chacun.

La question qui se pose concernant la mobilisation des acteurs est de savoir comment on peut aider les acteurs à créer et augmenter leur marge de manœuvre. Par exemple, a-t-on la possibilité de re-élaborer les règles, peut-on constituer des binômes médecin du travail/ergonome, médecin du travail/IDE. Peut-on organiser des échanges sur la pratique dans les services de santé au travail. Peut-on faire des essais et des erreurs. Changer sa perception sur l'efficacité du travail. Parler avec ses collègues de situations de violence en entreprise et de ses émotions. Ne pas aller seul dans l'entreprise, être accompagné d'un partenaire. Pouvoir appeler un partenaire à tout moment dans la consultation, mais aussi dans l'entreprise. User de dispositifs existants, former les CHSCT, développer des politiques de prévention selon les secteurs d'activité.

La mobilisation ne se prescrit pas, elle dépend beaucoup des contextes. Il faut des conditions pour pouvoir développer ses compétences, de contexte, de politique, de formation, d'échange entre pairs, d'organisation du service de santé au travail. Il y a des enjeux d'apprentissage. Pour moi, l'apprentissage passe essentiellement par l'apprentissage des situations de travail et la manière dont on peut transmettre les ficelles des différents métiers. Enfin, pour que la prévention soit efficace, il y a nécessairement un enjeu d'activité collective.

A propos d'une expérience de prévention durable des TMS.

Murielle Mangin
Responsable de sécurité, Groupe Elivia, Le Lion

Pour illustrer les propos de Sandrine Caroly, je vais vous présenter l'expérience du groupe Elivia qui a initié une démarche de prévention des TMS, qui s'est approprié cette démarche au quotidien, et qui l'utilise désormais pour aborder différentes problématiques de travail.

Elivia est la filière viande d'une coopérative française. Son activité consiste en l'abattage de bovins, veaux, porcs, la découpe en muscle, et la transformation en produits frais et surgelés.

En 2004, suite à la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels, des indicateurs ont montré, sur le site du Lion, une baisse des accidents de travail et la poursuite de l'augmentation du nombre de maladies professionnelles reconnues. Le directeur de site, qui souhaitait initier une démarche de prévention des TMS, a adhéré au projet présenté par le conseiller prévention, le médecin du travail et l'ARACT qui proposaient un projet intitulé TMS 49 pour mobiliser dix entreprises du département pour travailler sur cette problématique.

La première étape a consisté à choisir un ergonome et à former l'encadrement. Pendant une journée, nous avons réfléchi sur ce qu'était un trouble musculo-squelettique et comment nous pouvions initier une démarche sur le site du Lion. C'est ainsi que deux groupes de travail ont été constitués, composés d'opérateurs, d'encadrants de la santé au travail, ainsi qu'un comité de pilotage. Différentes journées de travail se sont enchaînées avec une analyse du travail, la mise en place d'un suivi et de la démarche d'évaluations.

L'année suivante, la démarche a été renouvelée sur d'autres postes de travail, mais avec une présence moindre des consultants, car l'objectif était de s'approprier la méthode. Aujourd'hui, plus de vingt postes ont été étudiés et améliorés, et chaque année, nous étudions de nouvelles situations de travail.

Concrètement, quels sont les facteurs de réussite de cette démarche ? Ils sont de trois ordres : le temps, le management et le soutien (TMS). La première notion est le temps, qui est un peu contradictoire avec notre monde moderne. Le premier aspect est la disponibilité temporelle des acteurs. En effet, les groupes de travail sont constitués d'encadrants, d'opérateurs mobilisés des demi-journées, voire des journées entières pour l'analyse du travail. C'est élément important, cautionné par le directeur de site, a permit de garantir les échanges. Le deuxième aspect est la démarche dans la durée. Voilà plus de six ans que la démarche est initiée, et aujourd'hui le temps fait son œuvre, démontrant que la durée est particulièrement importante.

La seconde notion est le management. Il s'agit d'une organisation cautionnée par un groupe multi-compétences (opérateurs, encadrants, médecin du travail, conseiller en prévention) dans lequel chacun et chacun a apporté sa réflexion aux échanges.

Un deuxième aspect du management est l'animation. Un chef de projet a été nommé pour planifier les réunions, formaliser les comptes rendus, accompagner les équipes dans la recherche d'éléments sur le terrain. Le troisième aspect concerne le partage de la méthodologie entre les acteurs internes, ce qui a permis d'améliorer leurs compétences.

La troisième notion est le soutien. Le soutien du médecin du travail et du conseiller prévention qui ont participé aux journées de travail, qui se sont rendus particulièrement disponibles. Cette disponibilité, cette participation aux échanges ont permis une proximité et une mise en confiance avec les

équipes. Cette confiance permet aujourd'hui d'échanger beaucoup plus facilement sur des situations de travail difficile avec les encadrants. Le soutien du consultant qui à développé la méthode de travail. Le soutien de l'ARACT, qui a permis de partager différentes expériences avec d'autres entreprises industrielles. Et le soutien de la Direction Régionale du Travail avec un financement à hauteur de 50% des journées d'intervention des consultants. Le soutien en interne est celui de la direction qui a non seulement validé le démarrage de cette démarche, mais a été jusqu'à valider les actions préconisées, donc certains investissements dans l'entreprise.

Quelques chiffres. Après le démarrage de la démarche, une augmentation du nombre de cas de maladies professionnelles a été enregistrée du fait d'une sensibilisation des opérateurs, suivi d'une stabilité du nombre des déclarations.

Aujourd'hui et concrètement, le site du Lion est exposé à un contexte économique difficile. De plus, de très nombreux acteurs (directeur de site, médecin du travail, conseiller en prévention, infirmière d'entreprise, membres de CHSCT…) ont changé. Mais malgré tous ces changements, la démarche de prévention continue. Les analyses de situations de travail se poursuivent, et les acteurs internes continuent petit à petit de former leurs collègues.

Concernant le groupe Elivia, nous avons des niveaux très hétérogènes en matière de santé et de sécurité entre les sites, nous avons des cultures différentes et nous rencontrons des hommes différents. L'objectif du groupe est de déployer cette démarche de prévention des TMS, des analyses de postes ayant d'ores et déjà été initiées sur plusieurs sites, tout en garantissant un rythme en fonction de l'histoire du site et des personnes qui font partie des équipes.

Comment les ressources humaines peuvent-elles investir la prévention des TMS

Eric Guillochon
Directeur de site, Groupe Elivia, Mirecourt

Josiane Voisin
Ergonome conseil, MB2 conseil SNC, Sugères

EG
Ont été associés à cette démarche la Caisse centrale, les préventeurs MSA, les médecins du travail, l'ARACT Lorraine, et le cabinet MB2 Conseil au travers de Madame Voisin.

Les TMS sont un phénomène complexe impactant tous les niveaux de l'entreprise : les chefs de chaîne, qui doivent faire tourner les lignes de production ; le directeur qui doit gérer l'organisation ; le médecin du travail qui recueille les plaintes des salariés ; le conseiller en prévention confronté aux aménagements de poste ; les opérateurs, touchés par le problème.

Suite à des aménagements n'ayant pas ou peu modifiés la problématique des TMS dans l'entreprise, la question de l'organisation et de la place des hommes est devenue une évidence.

JV
Que vit aujourd'hui l'entreprise deux ans après l'intervention réalisée ?

Le premier processus global à avoir été mis en place par rapport à la gestion ARH est parti du constat que les opérateurs ont de bonnes raisons de faire ce qu'ils font, de penser ce qu'ils pensent, ou de poser les actes qu'ils posent. Dans les facteurs mis en évidence, la fatigue est apparue comme un facteur clé compte tenu de l'activité en abattoir.

Il est habituel de considérer que l'ouvrier d'abattoir exerce un métier sans qualification requise. Or, nous avons constaté que ce métier repose sur des compétences, qu'il s'agisse du maniement du couteau ou encore de la connaissance des muscles. Nous avons également découvert que les opérateurs avaient besoin de prévoir et d'organiser leur vie hors travail. C'était dû au fait que l'heure de fin de travail n'était pas précisée et les opérateurs ignoraient s'ils allaient finir à 15 heures ou à 17 h 30. Nous pensions qu'une fois au travail, ils ne pensaient qu'au travail. Or, un homme, c'est un tout, il a sa vie au travail et hors travail.

Enfin, la particularité du travail en abattoir, c'est que l'on part d'un animal vivant pour arriver à une carcasse avec tout ce que cela suppose. Nous avons donc adopté une autre façon d'appréhender les motivations des opérateurs face à leur métier.

EG
Après de multiples réunions, nous avons amorcé la démarche par un projet d'aménagement d'une salle. Nous souhaitions mettre en place une démarche participative sur le site, et nous avons fait appel aux opérateurs, à l'ergonome, au technicien de maintenance, au chef de ligne et à la direction. Nous avons commencé à réfléchir à l'emplacement de chaque poste pour éviter les ports de charge répétitifs, les déplacements avec des couteaux et aux conditions de travail de décrochage de certains muscles qui pouvaient peser jusqu'à 7 kg à une hauteur au-dessus de l'épaule.

Suite à des mises en situation, nous avons pu faire des rectificatifs au fil des réunions du groupe. Cette démarche a été un déclic pour les opérateurs qui ont vu que si la direction écoutait, s'il était possible de mettre tout le

monde autour de la table, on pouvait aller plus loin.

JV
On voit peu à peu comment le rôle RH évolue dans toute sa compréhension, son management. Ce qui nous paraît essentiel, c'est la façon dont le directeur, le responsable RH, tiennent compte de la réalité des situations de travail au quotidien pour décider, manager… On cherche maintenant à comprendre les situations pour décider. Par exemple, les causes des absences sont aujourd'hui analysées sans jugement a priori.

Les gestionnaires RH impulsent auprès du management intermédiaire cette prise en compte de plus en plus importante du réel dans la façon de manager. Et cette interactivité a été mise en place sur la gestion des compétences et le partage d'outils pour une vision partagée.

La gestion RH a également beaucoup d'importance dans l'organisation des liens avec les services qui sont interdépendants. Par exemple, le lien et les échanges entre le service de maintenance et l'abattoir sont essentiels pour arriver à faire de la maintenance préventive, ce qui évite aussi les arrêts et augmente la productivité. Enfin, la gestion RH devient garante des règles, à la fois pour l'institution et pour les salariés.

En quoi le positionnement RH est-il central pour la santé ? Quand nous avons démarré la démarche dans l'entreprise, les personnes qui se préoccupaient de la santé étaient relativement peu nombreuses. Pour installer les processus durablement, la gestion RH doit faire partager la culture du "prendre soin du travail et de la santé" au sein de l'entreprise. Pour ce faire, elle ne doit pas être seule à porter cette question, et elle doit réfléchir à la façon dont le management intermédiaire, voire les opérateurs, pourront avoir des comportements en miroir et comment cette culture va pouvoir se développer au sein de l'entreprise. Par ailleurs, elle doit aussi réfléchir à la mise en place d'une veille permanente par rapport à des difficultés nouvelles qui pourraient apparaître et à la façon de les prendre en charge.

EG
Pour instituer le métier d'ouvrier d'abattoir, il existe plusieurs leviers : former pour développer les compétences, organiser une véritable poly compétences, faciliter l'organisation des postes, construire un partenariat avec les préventeurs (médecins du travail et conseillers en prévention), maintenir une place active pour le CHSCT.

JV
L'ensemble de cette démarche nécessite un remodelage de la fonction RH, ce qui a été fait dans l'entreprise. La fonction RH recherche toujours l'efficience des ressources, pour la production, la qualité, l'économique, le management, mais elle devient de plus animatrice, organisatrice. Il s'agit maintenant d'aller davantage sur le terrain et essayer d'aller au plus près des situations concrètes. A partir de la compréhension que l'on a de ces situations, il s'agit de voir comment faire le lien, soit avec les opérateurs, soit avec le management intermédiaire, soit avec d'autres services, comme l'affûtage, l'ordonnancement, la maintenance. Il faut aussi établir des liens avec les préventeurs en interne, le responsable sécurité, le CHSCT, le médecin du travail, les conseillers en prévention.

Il ne faut pas banaliser cette démarche. La position des RH n'est pas si simple, car cela suppose de faciliter les compromis et parfois d'arbitrer. Ce n'est pas toujours donné au départ dans cette fonction et ce n'est pas toujours facile. D'autant que certaines personnes peuvent penser que cela peut être contradictoire avec la productivité recherchée.

EG
La fonction RH utilise des outils, des critères de recrutement orientés métier chaque fois qu'il est possible, une classification corrélée au niveau de compétences, une formation interne « métier », une prime d'assiduité, une banque d'heures faible, le suivi des AT, MP et des absences. Nous constatons que la méthode semble efficace à tous les niveaux.

JV

Nous avons construit un tableau d'indicateurs de résultats. Ceux-ci ont un intérêt du point de vue de la santé, car il y a moins d'accidents, moins de maladies, moins d'absences. C'est un plus du point de vue organisationnel et du point de vue économique. En deux ans, près de 1 100 journées ont été économisées, ce qui représente quatre équivalents temps plein. Ces résultats sur lesquels l'entreprise peut s'appuyer sont encourageants et peuvent servir d'indicateurs d'alerte à condition d'avoir un suivi très régulier.

Enfin, l'image de l'abattoir au sein de l'entreprise ou encore l'image du travail à l'abattoir a changé. Aujourd'hui, on a moins peur d'y travailler et les gens sont fiers de ce travail. Ce qui n'est pas neutre non plus dans l'évolution des mentalités au sein de l'entreprise, voire à l'extérieur.

TMS d'accord. Approche globale d'abord.

Bruno MICHEL
Consultant en relations Homme-Travail, Michel-Mérit Consultants, Avrillé

L'approche globale doit permettre de tenir les liens qui doivent impérativement exister, à toutes les étapes, entre la globalité du fonctionnement humain au travail et la globalité du fonctionnement de l'organisation dans laquelle se déroule l'intervention. Nous sommes dans une logique où il faut, peu à peu, faire en sorte que tout le monde puisse tenir les différents ressorts entre l'organisation dans laquelle on se trouve, qui a des impératifs de productivité, de qualité, de coût, de délai, et l'humain.

L'approche globale doit aussi permettre de tenir ces liens tout au long de la démarche, de l'élaboration du diagnostic jusqu'à la validation des solutions. Le diagnostic doit être élaboré par toutes les personnes concernées par la situation. C'est de la co-construction.

Ce qui caractérise les travailleurs, ce sont les aspirations à trouver une satisfaction professionnelle, à donner du sens au travail, à avoir une perception positive du travail, à avoir de la reconnaissance, à pouvoir anticiper, réguler, par rapport à son état instantané, par rapport aux aléas, aux incidents. Du côté des entreprises, ce sont les objectifs économiques, commerciaux, marketing, l'organisation du travail, avec tout ce qu'elle sous-entend en termes de moyens, de règles, etc., les outils, les produits travaillés, l'environnement social, physique, la conception du poste.

C'est donc la rencontre de ces deux grands aspects qui, on l'espère, va produire quelque chose et avoir des conséquences, soit positives, de l'enrichissement, de la qualification, de la satisfaction, du plaisir, de la performance, de la qualité de produit, soit parfois négatives, des accidents, de la maladie, du stress, de l'absentéisme, des délais non tenus, du matériel qui se dégrade, des pertes de matière…

Si l'on veut tenir l'ensemble des liens dans cette complexité entre individus et travail, c'est l'ensemble des points d'entrée qui doit nous interpeller. La dégradation de matériel est tout aussi intéressante en termes de clé d'entrée qu'une augmentation d'accidents du travail, même si cela peut paraître choquant. Quand les conséquences posent problème, tout le monde est d'accord pour s'en occuper, et peu d'organisations du travail à l'heure actuelle dénient l'intérêt d'aller sur le terrain, de demander l'avis aux opérateurs.

J'ai pris l'exemple d'une analyse des accidents du travail. Il y a le nom, la date des faits. Les faits : Monsieur X., qui travaille à l'expédition, est tombé sur le genou gauche et présente une contusion au genou. A noter que cet accident a entraîné trois jours d'arrêt. L'analyse des faits : l'accident a eu lieu vers 9 heures. Monsieur C. transférait du colis de son îlot de palettisation vers les postes d'étiquetage, une planche de palette cassée traînait au sol. Il s'est pris le pied dedans, est tombé sur ses genoux sans pouvoir se retenir. Il présente des contusions au genou gauche. La prévention et les actions à entreprendre : un espace de travail rangé diminue les risques d'accident. Sensibilisation de l'ensemble du personnel au rangement et au nettoyage des postes.

Tout ceci est hors du réel, car l'on ne tient pas compte des liens entre le fonctionnement humain au travail et les exigences de production, de qualité…. Et la réalité était tout autre (sol encombré, charge importante…).

Comment alors entraîner des gens dans des groupes de réflexion si on me rappelle tout de suite que je ne dois pas faire cela, que ce n'est pas bien d'avoir fait cela, et que l'on réduit ce qui m'est arrivé à un rappel de bonnes

pratiques, de bons gestes. Il faut revenir à ce que l'on appelle l'activité réelle de travail.

On va essayer d'aller un peu plus loin sur les obstacles que l'on peut rencontrer. Aller voir l'activité réelle va consister à soit se contenter d'aller voir le visible, c'est-à-dire les postures, les gestes, les déplacements, les ports de charge, les actions, les échanges verbaux, les conflits, les blessures, les attitudes, les comportements, et faire des déductions immédiates (trop de déplacement, trop penché, trop lourd…). Ceci est peu efficace, car il est nécessaire de comprendre pourquoi les opérateurs s'y prennent ainsi.

On sait que tout être humain va piloter son activité en prenant de l'information à l'extérieur avec ses organes sensoriels, mais également de l'information interne, avec ses biorythmes, son fonctionnement hormonal, et ses humeurs, son sentiment, son jugement, sa morale, son éthique, sa déontologie, son opinion.

Il y a aussi ce qui se passe dans les têtes sur le statut donné à l'écart entre le prescrit et le réel dans l'entreprise. Quand je suis en écart avec le réel, est-ce que c'est forcément une erreur, est-ce que c'est forcément mal, est-ce que cela peut se traduire par une sanction, ou est-ce que ce peut être entendu comme "c'est cela le travail". Ces réflexions prennent quelques fractions de seconde, pour décider, pour agir, mais c'est présent en permanence, et c'est de cette façon qu'on se construit le travail.

Ce qui nous construit aussi, c'est au moins cinq points qui nous semblent importants. En quoi ce que je fais et la façon dont je vais le faire individuellement et/ou collectivement me permettent d'anticiper mon activité de travail ? En quoi cela va me permettre de réguler ou non, la fatigue, l'énervement, les pièces qui ne marchent pas, le fait d'avoir un intérimaire à côté de moi ? Ces deux points déterminent la façon dont on va peu à peu élaborer son geste. Ce qui va également influer sur la façon de construire notre raisonnement et notre façon de travailler, et donc le visible que l'on va donner à voir, c'est le sens individuel et collectif que l'on donne au travail, quelle valeur il prend, comment il est jugé, comment il est jaugé.

Ce qui va également faire sens ou pas dans le travail, qui va nous amener à travailler bien ou mal, à se sentir bien ou pas, ce sont les possibilités de coopération. La plupart d'entre nous ont plutôt envie et même besoin de coopérer. L'individualisme qu'on essaie de nous vendre est une torsion des réalités. Nous sommes plutôt enclins à essayer de coopérer et aider, sauf que lorsqu'il faut aider un collègue qui se trouve quatre chaines de montage plus loin, qu'il faut trois minutes de déplacement pour y aller, que lorsqu'on arrive à son poste, son problème est résolu, et que c'est son propre poste qui est ensuite en difficulté, la coopération a ses limites. La coopération aborde aussi la question de la confiance, et cette confiance se construit lentement, mais peut être aussi très vite détruite.

Et c'est la question de la reconnaissance, comment je suis reconnu dans ce que je fais. C'est la reconnaissance financière, mais aussi la reconnaissance de ceux qui travaillent avec moi, la reconnaissance de ma hiérarchie, des bénéficiaires de mon action. Tous ces déterminants font partie du packaging si l'on veut améliorer les situations de travail.

Pour l'illustrer, je prendrai l'exemple d'une situation de travail, dans une fabrique de panés. Il y a huit ans, au moment du démarrage de l'étude, il y avait TMS sur TMS, un fort absentéisme, un turn-over inquiétant des intérimaires, une ambiance délétère.

Nous avons travaillé la question de la baisse du niveau sonore dans l'atelier, la question des courants d'air, de l'humidité, du choix de gants par rapport à la saisie et à la tenue au froid, des modalités de séchage des gants, de l'accueil des nouveaux, de l'amélioration de l'état de produit, de l'évolution des carrières et des différences entre les hommes et les femmes, ces dernières restant affectées aux tâches de production.

Huit ans après, le recouvrement se fait toujours de façon manuelle, mais le climat est

excellent, les gens ne veulent plus quitter l'atelier, et il n'y a plus de TMS.

Il faut donc pouvoir mettre en place une intervention permettant de mettre au débat les différences de représentation et que se construise cette façon de travailler ensemble. Dix repères importants sont à avoir en tête. Les personnes sont différentes, nous sommes différents. Il faut se dire que la standardisation n'est pas si bien que cela, en tout cas être prudent sur ce que l'on standardise. Se rappeler que le confort, c'est pouvoir bouger. Rigidifier une posture, même au nom de la bonne anthropométrie, est souvent catastrophique.

Se rappeler qu'il y a sans doute des risques mesurables, mais les TMS et les risques psychosociaux ne relèvent pas d'une dosimétrie, parce que travailler engage sur tous les plans, mental, physique, physiologique et psychique. Le travail théorique ne suffit pas pour comprendre le travail. Le travail dont on parle ne représente pas tout le travail que l'on fait. Voir et entendre dépend du point de vue que l'on va prendre. Selon que je suis "qualité", "santé", "production", "maintenance", "commercial", je ne regarde pas les choses sous le même angle. Il faut se dire que l'on juge trop souvent à partir des comportements sans comprendre les raisons des comportements.

Toute conduite humaine a un sens. Il est nécessaire de comprendre le travail avant de vouloir le transformer. L'analyse du travail dépend de la posture intellectuelle avec laquelle le travail est regardé. Il y a un distinguo fondamental entre le fait d'essayer de réellement comprendre ce que dit l'autre et le fait d'uniquement prendre son avis. Et pouvoir inventer des marges de manœuvre.

Ce qui pose souvent problème, c'est de raisonner en termes de solution, car on verrouille le système et on ne tient plus les liens. Si on raisonne d'emblée avec des présupposés, on s'empêche de penser la situation. Et ce qui empêche de penser les situations, c'est de commencer tout de suite par de la mesure, et notamment en biomécanique. En essayant tout de suite de détecter les mauvais gestes, on oriente forcément les choses. Ce qui va empêcher de penser les situations, c'est de voir les comportements comme des causes. Dès que l'on a des lectures un peu fatalistes, du type c'est la mondialisation, c'est la concurrence, dès qu'on sur-généralise, on s'empêche de penser, de se poser les bonnes questions. Toutes les lectures "de type " prêt-à-porter" posent problème, car elles abordent les questions d'atteinte à la santé sans refaire le lien avec les questions d'organisation, de process, de procédure etc.

Ce qui empêche également de penser, c'est le fait de placer les normes et les procédures comme des règlements et non comme des règles. Un règlement dit tout de suite ce qui est bien et ce qui est mal, et permet de sanctionner ; une règle peut s'élaborer, se discuter, se construire dans la confiance.

Au démarrage de l'intervention et durant tout son déroulement, il faut s'assurer que l'on partage un certain nombre de points de vue, s'assurer que l'on est bien sur la prévention primaire en lien avec le travail ; séparer les temps de réflexion et les temps de prise de décision. Il faut impliquer tous les acteurs concernés. Il faut utiliser les relevés, les vidéos, les mesures comme des supports permettant de parler du travail et non pas de juger, d'estimer. Il faut pouvoir laisser du temps pour élaborer sa pensée.

Pour prévenir les TMS et les risques psychosociaux, soignons d'abord le travail.

Conclusion

Professeur Patrick Choutet
Président de l'INMA

Deux mots peuvent résumer cette journée, c'est conflictualité et palabres, dans le bon sens du terme africain, qui inclut tout le monde et dans la durée.

Je tiens à remercier les orateurs pour la qualité de leurs interventions et je vous donne rendez-vous le vendredi 16 septembre 2011 à Tours pour notre Symposium sur "Cancer et travail en agriculture".

NOTES DE LECTURE