



De l'intérêt de lier " TMS " et " RPS " : quelles implications pour l'organisation de l'action de prévention ?

Fabien Coutarel

► To cite this version:

Fabien Coutarel. De l'intérêt de lier " TMS " et " RPS " : quelles implications pour l'organisation de l'action de prévention ?. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte, May 2011, Grenoble, France. halshs-00605066

HAL Id: halshs-00605066

<https://shs.hal.science/halshs-00605066>

Submitted on 12 Jul 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

De l'intérêt de lier « TMS » et « RPS » : Quelles implications pour l'organisation de l'action de prévention ?

Fabien Coutarel, Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281, PAEDI

Communication au
3^{ème} Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques
Échanges et pratiques sur la prévention
Grenoble, 26-27 mai 2011

Organisé par :
L'Anact : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et
Pacte : Unité mixte de recherche du CNRS et de l'Université de Grenoble
pour le Groupe de recherche francophone sur les troubles musculosquelettiques

De l'intérêt de lier « TMS » et « RPS » : Quelles implications pour l'organisation de l'action de prévention ? - F. Coutarel, Clermont Université, Université Blaise Pascal, EA 4281, PAEDI

Les retours des praticiens comme les travaux scientifiques récents dans le champ des troubles musculo-squelettiques et/ou des risques psychosociaux liés au travail soulignent l'intérêt de ne pas trop dissocier les deux risques dans les démarches de prévention. Ceci nous conduit finalement à considérer que les démarches collectives de prévention gagnent en efficacité lorsque le risque, quel qu'il soit (TMS ou RPS), est appréhendé comme une occasion (un prétexte ?) pour interroger le Travail.

Les TMS et RPS relèvent toutes deux d'une catégorisation par risques des atteintes à la santé. La littérature parle aujourd'hui de risques professionnels, de facteurs de risques, de risques toxiques, de risques physiques, de risques psychosociaux, de risques liés au stress, de risques psychiques... Ces catégories de risques liés au travail sont reprises régulièrement ci-et-là en ne réinterrogeant précisément que trop rarement ce qu'elles embrassent respectivement, et ce qui les distingue.

En ce qui concerne les TMS, les définitions varient selon les auteurs. Soit elles renvoient à une localisation anatomique des symptômes, soit à un facteur de risque particulier. Le terme Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) s'inscrit dans le premier cas. Cette catégorie comprend selon les auteurs des pathologies des membres supérieurs, de la nuque, parfois du dos, voire même des membres inférieurs. Les symptômes peuvent concerner des entités anatomiques différentes, impliquées dans la mobilisation spatiale du corps humain : essentiellement des muscles, des tendons, et des os. La littérature parlera également de lésions ostéoarticulaires ou périarticulaires, de lésions des tissus mous. Certaines dénominations insistent explicitement sur le lien au travail : troubles musculo-squelettiques liés au travail. La dénomination « TMS du membre supérieur (TMS-MS) » est la plus restrictive. Elle inclut néanmoins des pathologies très différentes de l'épaule, du coude, du poignet, de la main, et dont les tableaux étiologiques diffèrent également (par exemple, Toomingas et al, 1997).

D'autres dénominations insistent sur un facteur de risque : pathologies d'hypersollicitation, Lésions attribuables au travail répétitif, pathologies d'usure ou syndrome de surutilisation, sont les plus fréquentes... Elles regroupent une très grande diversité d'atteintes, dont les différences sont gommées, de fait. En insistant sur une cause a priori, ces dénominations contribuent aussi à véhiculer une représentation simpliste des atteintes en totale divergence avec les tableaux étiologiques les plus récents, dont nous verrons que l'évolution tend à la complexification.

De part leur flou, leurs imprécisions ou leur caractère simpliste, les différentes dénominations de ce que nous appelons TMS rendent délicate toute perception du périmètre des atteintes concernées. En parlant de TMS, on ne dit à la fois pas grand-chose des symptômes et pas grand-chose du travail. D'un point de vue médical, chaque symptôme disposera après diagnostic d'une dénomination précise et spécifique. Mais la singularité des cas d'une part, ainsi que le lexique médical complexe orienté vers le patient et non vers le travail, rendent difficile l'accès à un cadre de définition satisfaisant pour l'acteur de la prévention.

On constatera sans le détailler le même flou ambiant autour de la notion de « RPS ». Stress, latitude décisionnelle, soutien social, exigences du travail, reconnaissance, monotonie, etc. sont des concepts convoqués dans et autour de la thématique RPS, dont les frontières varient une fois encore selon les auteurs, et qui se recouvrent plus ou moins les uns les autres. De travaux de clarifications existent pourtant (Molinier, 2009).

Que l'on parle de TMS ou de RPS, la logique simpliste de type cause-effet n'est plus d'actualité dans cette approche par risques : il s'agit de mettre en œuvre une logique systémique en termes de facteur. Différents facteurs de risque interagissent selon des configurations particulières et la présence des facteurs en cause n'entraîne pas de facto la survenue de l'effet (Molinier, 2009). La description au niveau des populations de travailleurs des configurations pathogènes les plus fréquentes est utile aux connaissances et à l'action à un niveau populationnel. L'épidémiologie, en particulier, porte ce projet de surveillance populationnelle, qui établit des relations statistiquement significatives entre des variables et notamment, dans le champ de la santé au travail, entre des facteurs de risque et des symptômes. Les démarches de prévention, pour une grande partie d'entre elles, se sont adossées à ces modèles et ont conduit aux approches par risque de la prévention. Ces approches isolent les déterminants les uns des autres dans l'analyse et la transformation des situations de travail. Les partisans de l'ergonomie de l'activité en connaissent les impasses : solutions très locales qui, au mieux, ne font que déplacer le problème ; réponses successives dans le temps sans cohérence générale ; investissements déçus... Les RPS et les RPS sont dits « aspécifiques » : une même situation peut causer des symptômes différents et des symptômes identiques peuvent être générés par des situations différentes. L'entrée par les symptômes et les risques ne dit rien de la situation de travail à transformer.

Renouer des liens entre les « facteurs de risque TMS et RPS »

La thématique des TMS est marquée d'une évolution progressive des modèles étiologiques vers une complexification des relations entre des facteurs de risques et des symptômes. Cette évolution a essentiellement été portée par l'approche épidémiologique et le nombre très conséquent de travaux conduits depuis 30 ans selon cette approche-là, qui ont par ailleurs conduit à des avancées sociales majeures pour les travailleurs.

Les modèles produits se sont d'abord concentrés sur la mise en évidence des contraintes biomécaniques associées au mouvement humain au travail et concernant les tissus, en lien avec les facteurs de susceptibilité individuelle (caractéristiques individuelles). Au fil des travaux et des années, et probablement face aux échecs de ces premiers modèles à prédire de manière satisfaisante l'évolution des situations (modèles exagérant par exemple souvent la probabilité d'apparition des symptômes), le spectre des déterminants (facteurs de risques) identifiés s'est progressivement élargi. Les plus récents modèles intègrent le stress, les risques psychosociaux et les risques organisationnels. L'analyse des contenus des travaux présentés au congrès international faisant référence dans le champ des TMS (PREMUS) depuis 2004 témoigne de cette évolution. Les travaux de Bongers et coll.

en 1993 font actuellement office d'étude princeps sur ce point. Malgré les difficultés auxquelles conduisent cette évolution (définition des facteurs, indépendance des variables, catégorisation très différentes selon les auteurs...), ces résultats nous invitent à reconstruire des liens entre TMS et lombalgies, entre TMS et stress, entre TMS et risques psychosociaux et organisationnels.

Le projet de la recherche épidémiologique est d'opérer une surveillance populationnelle, qui établit des relations statistiquement significatives entre des variables et notamment, dans le champ de la santé au travail, entre des facteurs de risque et des symptômes. Les démarches de prévention, pour une grande partie d'entre elles, et alors même que leur projet est autre (l'action de transformation de situations singulières et complexes), se sont adossées à ces modèles et ont conduit aux approches par risque de la santé au travail. Ces approches isolent les déterminants les uns des autres dans l'analyse et la transformation des situations de travail. Les partisans de l'ergonomie de l'activité en connaissent les impasses : réponses locales qui, au mieux, ne font que déplacer le problème, réponses successives non cohérentes, résultats obtenus insatisfaisants... L'émergence de modèles étiologiques complexes en épidémiologie offre probablement une opportunité pour une attention nouvelle aux propositions des approches globales du travail et des thématiques qui lui sont associées.

Nous interprétons cette évolution comme une confirmation de la pertinence d'une approche globale et systémique des situations de travail, et donc comme une reconnaissance implicite du potentiel de l'ergonomie de l'activité en matière de prévention. De nombreux praticiens ont eu l'occasion de souligner ces dernières années et à plusieurs reprises la proximité des TMS et des RPS en termes de stratégies d'intervention.

Cette analyse, personnelle et donc probablement pas (encore ?) consensuelle, ne doit-elle pas nous servir d'exemple, pour éviter d'attendre 30 ans que d'autres travaux nous invitent à considérer les RPS comme une simple porte d'entrée (utile commercialement, à la mode, etc.) vers le travail ?

L'évolution des travaux épidémiologiques est donc convergente avec les retours des praticiens : elle invite à renouer des liens entre les types de risques. La prévention collective interroge à ce titre l'organisation du Travail, autrement dit, la nature et la mise en œuvre des prescriptions et procédures qui tendent à organiser socialement l'expérience humaine du travail. Les TMS et les RPS peuvent alors être appréhendés comme le reflet de l'impossibilité pour le travailleur de négocier partiellement son milieu professionnel, à l'aune de ses critères du travail bien fait.

Le travail comme expérience : le risque de soi au travail par-delà les risques professionnels

Interroger le travail, pour les intervenants de la prévention, c'est prendre le soin d'en respecter au moins 2 caractéristiques essentielles : la complexité et l'imprévisibilité partielle du travail. Nous nous référons ici essentiellement aux travaux de Yves Schwartz. Les multiples dimensions de la mobilisation humaine au travail et les différentes formes de prescription portant sur lui, y compris celles du travailleur lui-même, nécessitent en effet « à chaud » des arbitrages situés ; la systématique singularité des situations de travail, où l'interprétation des écarts à la « normalité organisationnelle prescrite », s'avère décisive.

Le travail, comme aventure individuelle et collective, ne peut jamais se réduire à une quantité de plus value ou de marchandise, qu'elle soit exprimée en termes d'emplois, de volumes horaires, de résultats productifs. Il ne peut être réduit non plus à sa dimension effectrice, au mouvement, à la posture adoptée. Tout travail suppose une mobilisation physique, cognitive et subjective de celui ou celle qui l'exerce, en lien avec d'autres acteurs, dans un cadre partiellement contraint, mobilisation que les ergonomes appellent activité de travail. Il convient de dénoncer les approches réductrices du travail : l'ignorance dont elles témoignent conduit aujourd'hui, d'une part, à des décisions graves en matière de gestion des ressources humaines et de choix organisationnels, et d'autre part, à des actions inefficaces en matière de prévention. Il est nécessaire de requestionner, la « ressource humaine », autrement dit le statut du travailleur et du travail au sein des organisations contemporaines.

L'ergonomie de l'activité est marquée de la distinction fondatrice entre travail réel et travail prescrit (Guérin et al, 1997 ; Falzon, 2004), qui se décline au double niveau de la tâche et de l'activité. Les tâches sont des objectifs à atteindre, dans des conditions déterminées. L'activité est la mobilisation de la personne pour atteindre les objectifs qu'elle se fixe à partir de ceux qu'on lui fixe. L'activité réelle d'une personne est toujours singulière, et ne peut être limitée à la vision théorique qu'en ont en général les concepteurs ou les organisateurs. Dans son activité, l'opérateur ou l'opératrice doit adapter ses modes opératoires pour gérer les variations de son propre état et celles de la situation de production (variabilité des matières premières, des outils, des demandes des clients etc.). Cette activité, dite de régulation, se traduit par une performance (atteinte de résultats conformes aux objectifs) et par un coût plus ou moins élevé pour la personne (fatigue, douleurs, voire accidents, exposition à des toxiques...).

Le travail n'est donc jamais la simple exécution d'une tâche prescrite par l'organisation. La « grève du zèle » en est la meilleure démonstration : si les travailleurs, de la direction à la production, ne faisaient strictement que ce qu'on leur demande, aucune production (de bien ou de service) ne satisferait les attentes (explicites et implicites) des clients de ce travail. Les grandes caractéristiques de l'activité sont reprises par Daniellou et Rabardel (2005) : finalisée, médiée, singulière, historique, subjective et intégrative.

Le travail est donc une rencontre entre une personne particulière, porteuse de ses spécificités et de son histoire, et un ensemble de déterminants qu'elle ne peut pas modifier à loisir (règles, outils, matières premières, environnement matériel, etc.), pour atteindre des objectifs (tâches), qui ne dépendent pas que d'elle, dans un cadre toujours collectif, les collaborations et confrontations avec autrui pouvant prendre des formes plus ou moins directes. Cette rencontre constitue toujours une activité de mise en confrontation et d'arbitrage (conscient ou non) entre différentes normes : celles qui sont présentes dans la situation de travail, et celles dont l'opérateur ou l'opératrice est porteur (Schwartz, 1994). Ce n'est pas une opposition simple entre une norme qui serait portée par la hiérarchie et une autre qui serait portée par les salariés :

- d'un côté, la survie de l'entreprise (ou de tout autre cadre de travail) suppose que tiennent ensemble une diversité de logiques hétérogènes et potentiellement contradictoires (quantité, qualité, diversité de l'offre, prix de revient, délais, sécurité, respect de l'environnement, technologies utilisées...).

- De l'autre, l'homme au travail est également lui-même porteur de normes et de valeurs potentiellement contradictoires (reconnaissance individuelle et entraide collective, par exemple). Sa conduite, dans une situation donnée, témoigne de l'arbitrage circonstancié opéré.

Les orientations stratégiques définies aujourd'hui par les directions sont déclinées par des services spécialisés et doivent faire l'objet d'une intégration au niveau de la production du bien ou du service. Mais les prescriptions descendantes spécialisées n'assurent pas automatiquement la faisabilité de cette intégration dans l'activité de travail de production. La production ne sort finalement de façon acceptable que parce qu'un ensemble de travailleurs (y compris l'encadrement) gèrent au quotidien les écarts par rapport à ce qui a été anticipé. Un écart important et prolongé entre les prescriptions descendantes et la réalité des conditions de production, et l'absence de lieu pour en débattre, peuvent se traduire à la fois par des problèmes d'efficacité économique, et par des atteintes à la santé des travailleurs. Ceci inclut à la fois les TMS et les RPS. Le travail est donc création par ce que tout n'est jamais réglé d'avance. L'empêchement du développement d'un rapport sensible au travail (Petit et al., 2009) est un empêchement de travailler.

Le travail constitue donc un contrat social légitimant une amputation du pouvoir d'agir (Ricoeur, 1998) des individus avec une contrepartie salariale. Le travailleur accepte de fait que l'usage qu'il fera de lui-même est en partie dicté par une organisation, donc hétéro-déterminé. Si cette amputation du pouvoir d'agir individuel est caractéristique de tout milieu social du fait du jeu des normes (Canguilhem, 1966), le milieu professionnel se distingue par son haut niveau de contrainte : sa formalisation nécessaire dans un contrat (le contrat de travail) en est un indicateur. L'équilibre nécessaire entre l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres (Schwartz, 1994) y est particulièrement mis à l'épreuve. Canguilhem (1947) nous conduit à définir la santé au travail comme la possibilité entretenue de négociation et de transaction avec le milieu professionnel. De nombreux travaux ont depuis assuré la pertinence de cette orientation : être pour quelque chose dans ce qui vous arrive au travail, contribuer aux évolutions concernant son activité professionnelle, à la gestion quotidienne de cette dernière, relève d'une dynamique de construction de sa santé et donc de son développement par le travail. La possibilité d'être pour quelque chose dans ce que le travail fait de soi relève d'une possibilité de renormalisation de ce milieu (Schwartz, 1994).

Interroger le travail du point de vue de l'activité et des possibilités de renormalisation offre un cadre d'analyse commun aux TMS et RPS, permettant d'argumenter en faveur de l'existence d'un lien entre santé et performance : avoir la possibilité de négocier avec les normes du milieu professionnel est une condition de la construction individuelle du travailleur en tant que sujet mais également une condition pour l'organisation qui se veut toujours plus flexible. S'ajuster les conditions du travail, aux variabilités, aux aléas, aux changements permanents, etc. suppose que l'écart à la norme ne soit plus systématiquement interprété par le milieu comme de l'incompétence ou de l'indiscipline. Le pouvoir d'agir individuel et collectif devient central dans un tel cadre, où les TMS et les RPS constituent des symptômes parmi d'autres possibles d'un dysfonctionnement organisationnel. Cette approche est pour le moins convergente avec les développements de Rabardel (2005), de Clot (2008), de Molinier (2009) par exemple. Au-delà, du type de contrat de travail, du

statut ou des formes de rémunération, la précarité des travailleurs se définit précisément par le degré d'amputation du pouvoir normatif de chacun. Sont précaires et donc fragiles dans le monde professionnel, ceux et celles qui n'ont plus voix au chapitre (Le Blanc, 2007a, 2007b), ceux qui ne se débattent plus avec un milieu oppressant. Syndrome du canal carpien, épicondylite, ou lésion de la coiffe des rotateurs, d'une part, dépression, estime de soi, ou encore suicide d'autre part, sont des manifestations d'un pouvoir d'agir amputé, d'une activité empêchée (Clot, 1999) : l'individu ne travaille pas les bras en l'air pour son plaisir, l'inflammation tendineuse ne conduit pas à l'atteinte fonctionnelle simplement parce que le travailler n'écoute pas son corps... Qu'est-ce qui empêche de travailler autrement ? Voilà une bonne question. Modes de gestion de la plainte, des rotations, des projets d'aménagement, du fonctionnement quotidien, des procédures, etc., relèvent d'un questionnement où le pouvoir d'agir des acteurs est central dans l'organisation.

Conclusion : L'organisation de l'action collective de prévention

Mais la prévention collective doit aussi elle-même s'interroger sur sa propre organisation. La tendance à la spécialisation par risque des professionnels du champ de la santé au travail s'avère un atout essentiel à condition que la compétence à parler Travail soit également présente. Sinon, cela conduira d'observer des actions spécialisées sans cohérence globale (et généralement sans mémoire des expériences antérieures de prévention), parfois contradictoires, déplaçant les problèmes, en créant de nouveaux.... A trop vouloir réduire l'objet (pour le simplifier), on finit par le dénaturer. Les actions alors conduites ne traitent plus du problème initial mais de ce qu'il en reste après les filtres spécialisés des uns et des autres, dont les langages techniques respectifs rendent extrêmement coûteuse toute tentative ultérieure de partage.

L'enjeu apparaît donc d'intégrer ces spécificités au sein d'une organisation collective de la prévention qui n'oublie pas le Travail. Des questions très pratiques se posent alors : qui impliquer ? Comment et sous quelles formes différenciées ? Comment partager et avancer ensemble avec des spécialisations différentes ? Faut-il faire de l'action en santé au travail un projet spécifique ou un projet intégré ? Quelle place pour les questions de performance ?...

Il ne s'agit cependant pas ici de rester sur une vision naïve des contextes d'intervention rencontrés, qui alimenterait alors le « one best way de la prévention » (les « bonnes pratiques »). La diversité des contextes et des acteurs invitent davantage à ouvrir des possibles qu'à les restreindre. D'autre part, certains milieux ne sont pas prêts à réinterroger le statut du Travail et du travailleur dans l'organisation. Il ne faut donc sans doute pas opposer de manière trop caricaturale les approches et prendre les acteurs là où ils en sont. Si le saut apparaît trop grand, le risque perçu fait reculer ; il vaut parfois mieux faire un petit pas en avant qu'un saut en arrière. Mais cela n'est possible qu'avec le souci d'une évaluation sérieuse des résultats aux regards des ressources mobilisées.

Références :

- Bongers, P.M., Winter, C.R., Komper, M.A.J., Hildebrandt, V.H. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal problems. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, Vol. 19, pp. 297-312.
- Canguilhem, G. (1947). Milieu et Normes de l'Homme au Travail. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. 3, pp. 120-136.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.
- Clot Y. (1999). La fonction psychologique du travail, PUF, coll. Le Travail Humain, Paris.
- Clot Y. (2008). Travail et pouvoir d'agir, PUF, Paris.
- Falzon, P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. P. Falzon (dir.), *Ergonomie*. Paris : PUF, pp. 17-35.
- Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J., Kerguelen A. (1997), Comprendre le travail pour le transformer, ANACT, Lyon. Guérin et al, 1997
- Le Blanc, G. (2007a). Vies ordinaires, Vies précaires. Paris : Seuil.
- Le Blanc, G. (2007b). Les maladies de l'homme normal. Paris : Vrin.
- Molinier, P. (2009). Risques psychosociaux : le point de vue psychologique. L. Lerouge (dir.), *Risques psychosociaux au travail*, L'Harmattan, pp. 31-49.
- Petit, J., Dugué, B., Coutarel, F. (2009). Approche des risques psychosociaux du point de vue de l'ergonomie. L. Lerouge (dir.), *Risques psychosociaux au travail*, L'Harmattan, pp. 51-72.