



**HAL**  
open science

## Diversité des acteurs : quelles coopérations pour la prévention des TMS ?

Sandrine Caroly

► **To cite this version:**

Sandrine Caroly. Diversité des acteurs : quelles coopérations pour la prévention des TMS ?. 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-00605369

**HAL Id: halshs-00605369**

**<https://shs.hal.science/halshs-00605369v1>**

Submitted on 7 Nov 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.

## **Diversité des acteurs : quelles coopérations pour la prévention des TMS ?**

Sandrine Caroly  
Laboratoire Pacte, Université de Grenoble, France

Communication au  
3<sup>ème</sup> 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

## **Diversité des acteurs : quelles coopérations pour la prévention des TMS ?**

Sandrine Caroly  
Laboratoire PACTE, Université de Grenoble- France

Nombreux sont les acteurs intervenants dans le domaine de la santé au travail et préoccupés par les questions de prévention des TMS : médecins du travail, ergonomes, Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP), ingénieur sécurité, Directions des Ressources Humaines (DRH), infirmières du travail, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, rhumatologues, psychologues du travail, etc. Autour de ces professionnels gravitent d'autres acteurs qui jouent un rôle important dans les dynamiques de prévention : les salariés, les responsables d'entreprise, les chefs d'ateliers, les partenaires institutionnels, etc.

Face à cette diversité des acteurs ayant des statuts différents et des compétences variées se pose la question de comment agir ensemble efficacement pour la prévention des TMS. Malgré les évolutions de la loi en santé au travail en matière de pluridisciplinarité, le travail collectif ne se décrète pas. Le constat est plutôt celui d'une difficulté à travailler ensemble, à repérer les zones d'action de chacun avec parfois des situations conflictuelles. Pourtant la mobilisation collective des acteurs s'avère indispensable aujourd'hui pour une prévention des TMS

Nous discuterons ici de deux notions par rapport à la mobilisation des acteurs : celle de compétences et celle d'activité collective.

Les acteurs ont des compétences mais n'ont pas toujours les modalités organisationnelles ou techniques pour pouvoir les mettre en œuvre. Les compétences dépendent non seulement de leurs connaissances mais aussi des possibilités de leurs mises en œuvre et des moyens disponibles pour faire le travail. Des prescriptions sont parfois antinomiques dans la tâche et les missions sont parfois floues. Les modalités organisationnelles ne permettent pas de réguler toutes les perturbations de l'activité. Des coopérations sont aussi nécessaires avec les autres acteurs pour développer les compétences ainsi que des gestes professionnels du métier.

Dans le domaine de la prévention des TMS, nous pouvons identifier plusieurs freins à l'action des acteurs dans la prévention. Au niveau de la politique, le contexte marqué par des réformes (pluridisciplinarité, prévention secondaire) n'aide pas toujours les acteurs à se positionner. Au niveau de l'entreprise, les changements permanents dans les modes de production conduisent à des remises en cause des constructions/adaptations. Au niveau de la population, le vieillissement ainsi que la féminisation des emplois constituent une diversité, rendant plus complexe la recherche de solution. Ces différents niveaux de freins traduisent le manque de marge de manœuvre des acteurs pour pouvoir construire leurs compétences. Quelles que soient les fonctions, il ne faut pas sous-estimer le poids des effets du contexte et de la législation sur les stratégies des acteurs ainsi que le rôle de la culture de l'entreprise et de la sensibilité du dirigeant vis-à-vis de la santé-sécurité.

Ainsi, on observe chez les acteurs de la prévention des actions limitées dans la transformation. Par exemple, aménagement le poste comme seul moyen réparer la maladie

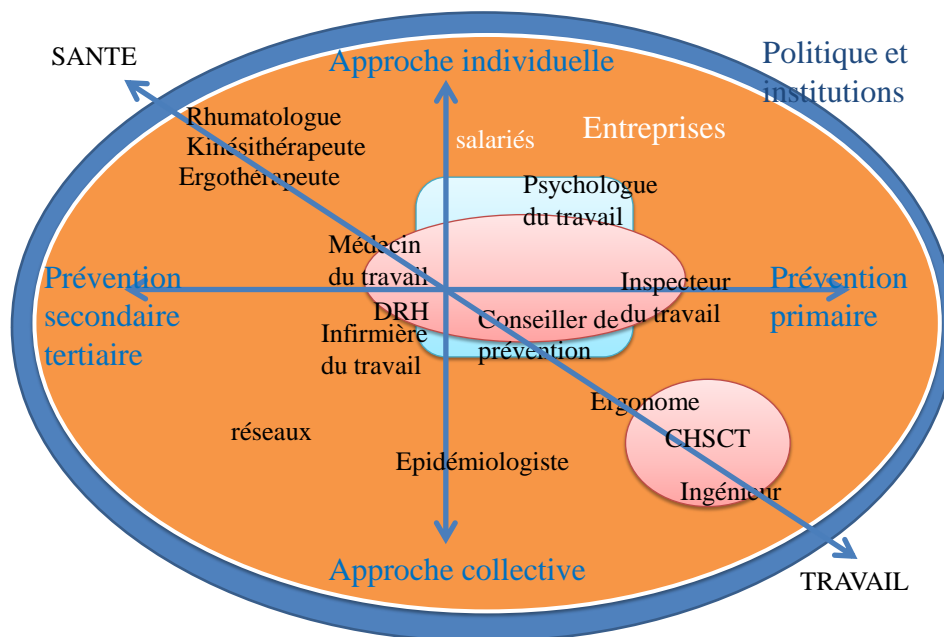
et de protéger les salariés. Les logiques sont souvent cloisonnées dans le fonctionnement de l'entreprise et la prévention se trouve plus comme un élément ajouté que comme une fonction intégrée. Il apparaît donc nécessaire d'analyser le travail de chaque acteur pour comprendre les empêchements et les moyens d'un travail collectif. Il semble difficile d'envisager la coopération si les domaines de compétences ne sont pas identifiés.

Les acteurs sont en effet en permanence soumis à des dilemmes. Par exemple, entre travailler seul ou en pluridisciplinarité, entre faire (usage de la loi, des outils) et accompagner (écoute, tolérance, conseil), entre passer du temps en entreprise et passer du temps au bureau, en cabinet ou en formation. Cela pose des questions aux acteurs sur l'efficacité, l'efficience et le sens de leur travail.

### Une diversité d'acteurs dans le domaine de la prévention

Nous pouvons tenter dans un premier temps de faire une catégorisation selon plusieurs positionnements des différents acteurs (cf. fig. 1). Les acteurs se répartissent dans le champ de la prévention selon l'approche individuelle ou collective, selon la prévention primaire ou secondaire/tertiaire et selon l'axe santé-travail.

## Une diversité des acteurs de la prévention



Certains acteurs travaillent sans demande alors que d'autres interviennent dans le cadre d'une demande. Certains sont plus du côté clinique, alors que d'autres sont plus de côté de la loi, des normes, etc. Cette diversité d'acteurs œuvrant pour la prévention et le positionnement des uns et des autres correspond à une construction sociale. Elle dépend de la manière dont l'entreprise (employeurs et salariés) se représente le rôle des uns et des autres ainsi que du contexte institutionnel et politique. Par exemple un médecin du travail en France pratique de façons très différentes qu'un médecin du travail au Québec. Le médecin français consulte le salarié dans son cabinet alors que le médecin québécois ne fait que des programmes de prévention.

### Diversité des formes d'engagement dans l'entreprise

Les formes de mobilisation des acteurs dans l'entreprise dépendent du statut donné à l'intervenant. Il existe des différences dans l'engagement des acteurs et une diversité d'actions de prévention selon que les intervenants travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise, selon la taille de l'entreprise (petite/moyenne ou grande entreprise). Le manque de proximité géographique avec des organisations morcelées et des centres de décision éloignés rend plus difficile les actions. L'ancienneté dans l'entreprise et l'expérience des réseaux joue un rôle dans les possibilités d'actions des intervenants. Il faut du temps pour tisser des liens, construire des relations de confiance. L'instabilité et la mobilité forte des acteurs posent des problèmes pour la mobilisation des uns et des autres.

### **Des logiques non intégrées dans le fonctionnement de l'entreprise**

Si l'on reprend les deux axes du 3<sup>ème</sup> congrès francophone sur les TMS, les liens TMS/RPS et l'articulation Outils/démarche, la prévention dans l'entreprise peut être variée. Par exemple, l'attention n'est portée que sur la dimension biomécanique sans prise en compte des facteurs psychosociaux. Une autre entreprise ne regarde la santé que du côté de la souffrance. L'entreprise ne fait pas toujours les liens entre les différents risques. Certaines entreprises ne font qu'appliquer des outils alors que d'autres sont plus proches d'une gestion des risques dans les démarches de conception des lignes de production. L'ergonome aimerait pouvoir aller sur les questions de RPS et de conduite de changement mais l'entreprise le cantonne à une approche biomécanique. Le psychologue est situé du côté du stress et de la passation de questionnaire alors qu'il aimerait bien pouvoir évoluer sur les liens entre perception des risques et douleur du corps et une prévention touchant l'organisation du travail.

Il existe plusieurs actions mises en œuvre dans l'entreprise. A l'ergonome, par exemple, l'aménagement des postes de travail, aux kinés la formation gestes et posture, aux psychologues les questionnaires stress, les entretiens d'écoute. Des outils dans l'organisation des outils comme le kaisen blitz pourrait être davantage investi, à condition de ne pas trop tirer du côté de la performance. La mise en place de la rotation pourrait faire l'objet d'une intégration des questions de santé. Il apparaît que la participation des acteurs à la conduite de projet et plus largement au changement dans l'entreprise pourrait faciliter l'intégration des logiques. Le croisement des logiques est à rechercher dans l'organisation du travail et de la production.

Le cloisonnement des logiques dans le fonctionnement de l'entreprise s'explique par une faiblesse du débat sur les connaissances de l'activité (les perturbations, les aléas, les variabilités, les conflits de buts, les collectifs). Les logiques de production, de qualité, de santé-sécurité, commercial, de maintenance s'affrontent ou s'excluent avec des difficultés pour trouver des compromis dans l'activité.

Plusieurs motifs peuvent expliquer la séparation des logiques dans le fonctionnement de l'entreprise :

- des difficultés de coordination entre différents acteurs ou différents départements
- des modèles étiologiques et d'action relatifs à la prévention très différents (approche biomécanique du geste à la prise en compte des facteurs psychosociaux)
- une référence à la standardisation basée sur les bonnes pratiques
- peu d'évaluation de l'efficacité des actions et de retours d'expérience. Le potentiel de données est souvent sous-utilisé faute de pilote et de compétences internes ou externes.
- des difficultés dans le pilotage des projets d'entreprise. Souvent la non-prise en compte des connaissances sur le travail dans les processus de décision et la faible considération de

la santé comme une dimension stratégique de l'efficacité de l'entreprise par la hiérarchie, ainsi que la faiblesse de l'alerte avec un déni du problème et/ou une position de prise en charge incertaine constituent des freins à la conduite de projet de prévention. Les changements permanents, la gestion de l'entreprise et le turn-over des acteurs amènent à une faiblesse d'anticipation et plutôt une gestion au quotidien des difficultés. Ce qui rend difficile le suivi des actions dans le temps et la cohérence du dispositif de prévention avec un manque de participation de tous les acteurs dans les projets d'évolution de leurs conditions de travail.

- la faible coordination des acteurs partenaires extérieurs dans le suivi des entreprises
- le manque de ressources en temps, en moyens de travail, en compétences des acteurs des projets de prévention des TMS.

### **Une nouvelle façon de concevoir la prévention**

Pour une mobilisation plus efficace des acteurs dans la prévention, plusieurs ingrédients sont à réunir :

- coordination des Services de prévention SST, institutions & Inspection du Travail
- partager des connaissances (partenaires sociaux et observatoire social des TMS)
- développer une capacité de négociation d'un nouveau modèle industriel, prenant en compte la prévention
- accéder à une autre vision du développement de la santé en entreprise, qui ne soit pas seulement du côté de la préservation mais aussi du côté de la construction de la santé
- redonner une place à l'activité dans la conduite de projet de conception, d'amélioration continue, dans la transformation des conditions de travail

Pour cela, il est nécessaire de passer de l'expertise des acteurs à la disposition des acteurs à construire ensemble des projets de prévention. Dans un modèle d'expertise, chaque acteur dispose d'une zone d'action. Par exemple, en s'appuyant sur le modèle de Bellemare et coll., le médecin du travail pourrait se situer dans l'alerte, l'ergonome et le psychologue du travail dans analyse le travail et les concepteurs et organisateurs du travail, ainsi que les directeurs et CHSCT au niveau de la gestion et structuration de la prévention. Il n'est pas suffisant de penser cette répartition des rôles dans le système de la prévention, car selon le contexte, l'expertise est empêchée et les acteurs cherchent à mettre en œuvre des savoir-faire qui se situe au-delà de leur zone d'action.

Selon le modèle de Baril-Gingras, Bellemare et al. (2008), les intervenants pourront en effet développer des ressources visant à conduire efficacement un projet de prévention efficace, si les orientations sont claires des organismes de prévention et des politiques publiques et qu'ils disposent d'un soutien solide de leurs organisations. Il faut aussi des connaissances, des habilités et de l'expérience des intervenants à « lire » le contexte et les enjeux, et à définir des stratégies pour utiliser les capacités à résoudre les problèmes avec un point de vue sur les activités et à trouver des propositions de changements.

### **De l'émergence de réseau à l'activité collective**

Le modèle d'intervention dans la prévention doit pouvoir évoluer vers la construction de réseau pour passer progressivement à l'élaboration d'une activité collective des acteurs. La notion de réseau correspond à des opérateurs devant travailler ensemble autour d'un objectif commun qui nécessite la mobilisation de compétences diverses. Il se construit de manière circonstancielle et il est éphémère (Cau-Bareille, ??)

Plusieurs formes de travail collectif peuvent être observées chez les acteurs de la prévention :

- des logiques qui s'ignorent : chaque acteur travaille en parallèle, il n'y a pas de travail collectif, ni de travail en réseau. Par exemple le médecin du travail et l'IPRP d'un même service de ST ne travaillent pas ensemble
- des logiques qui se succèdent, un travail collectif de co-activité. Par exemple, dans le cadre d'un projet de maintien dans l'emploi : le médecin du travail délègue au chargé de mission Agefiph qui délègue à un ergonome consultant la mission d'aménagement du poste.
- des logiques qui se croisent de temps en temps pour des projets ponctuels. Par exemple, pour un projet TMS dans la grande distribution.
- des logiques qui s'intègrent pour l'innovation. Par exemple, une collaboration multiprofessionnelle avec de nouvelles façons de travailler, comme les clubs TMS, ou des expériences de travail collectif où les idées, les méthodes et les actions font l'objet de débat et de confrontation.

Les acteurs pourront s'engager dans une activité collective de prévention s'ils ont des moyens de travail collectif (façon de coopérer et de s'entraider dans l'action) et de collectif de travail (façon de partager des règles de métier, construction du genre professionnel) et si celle-ci tient compte de la diversité des acteurs. Cette activité collective pour une autre conception de la prévention vise à la fois des objectifs d'efficacité, de santé et de construction de valeurs. La vitalité du collectif qui s'en dégage favorise le développement de l'activité individuelle, des compétences et des actions collectives. Cela pourrait constituer une autre voie à une prévention pluriprofessionnelle.

Plusieurs conditions sont à réunir pour faciliter une activité collective pluriprofessionnelle :

- chaque acteur doit reconnaître la nécessité de professionnels différents dans la prévention
- les contraintes doivent faire l'objet de négociation
- un travail collectif de terrain pourrait faciliter les apprentissages croisés. Par exemple faire l'expérience d'un travail en binôme IDE/MDT ou Ergonome/MDT).
- chaque acteur doit pouvoir disposer marges de manœuvre pour agir. Par exemple, ne pas aller seul dans l'entreprise mais être accompagné d'un partenaire, pouvoir appeler un partenaire à tout moment.
- des espaces de débats sur la délibération des règles doivent être créés. Par exemple, échanger sur les manières de formuler des restrictions selon le contexte de l'entreprise, le projet du salarié et de l'entreprise.
- des objets intermédiaires et/ou des objets frontières devraient davantage circuler entre les acteurs. Par exemple, l'analyse de la demande.
- des lieux de pratiques réflexives dans et sur l'action sont à envisager. Par exemple, organiser des échanges sur la pratique en SST

Plusieurs questions se posent pour une meilleure prise en compte de la diversité des acteurs dans la prévention : Comment travailler ensemble ? Faut-il préalablement établir un langage commun ? Comment intégrer les différents points de vue ? Comment les acteurs du dispositif de prévention négocient-ils leurs rôles ? Quelles coopérations s'établissent ? Comment passer du travail collectif à une prévention pluriprofessionnelle ?