

## Santé – Travail : éléments pour un dépassement des catégories usitées

### 1<sup>ère</sup> partie

Un certain nombre de populations sont concernées par des problématiques communes relatives à la santé au travail alors qu'elles relèvent d'activités diverses exercées dans des secteurs différents. Nous voyons dans l'aide à domicile, les EHPAD, la grande distribution, la logistique, l'agro-alimentaire (la liste ne cherche pas à être exhaustive) des problématiques d'atteinte à la santé assez similaires. Le taux d'invalidité y est assez élevé, les risques encourus pour partie différents mais pour partie communs (port de charge en particulier), les maladies professionnelles liées aux TMS très présentes. Ce ne sont que quelques constats d'expérience qu'il faudrait confronter à une vue plus sérieuse et objectivée de l'impact du travail sur la santé dans ces secteurs. Néanmoins ces observations toutes empiriques qu'elles sont pourront être corroborées par les préventeurs et les acteurs de la santé au travail. On peut dire de ces atteintes qu'elles relèvent pour l'essentiel des RPS et des TMS et en cela questionnent le lien entre ces deux grandes thématiques de la santé au travail.

Cette proximité interroge et nous a conduit, au regard de notre expérience, à formuler l'hypothèse que les facteurs d'exposition sont pour partie identiques aux TMS et aux RPS. Si cela est exact on peut dès lors légitimement interroger l'utilité pragmatique de ce type de catégorisation. On aurait alors tout intérêt à faire évoluer, au moins partiellement, ces catégories. Cela aurait de plus des conséquences dans la manière d'envisager la prévention. Nous en tirerons quelques conséquences dans la seconde partie de ce texte.

Une analyse rapide permet de constater que les secteurs que nous avons cités ont des caractéristiques communes (ce qui évidemment serait une raison valable pour expliquer qu'ils ont aussi les mêmes effets du point de vue de la santé au travail). Si l'on doit dégager le tronc commun de ces caractéristiques on trouve les cinq dimensions suivantes :

- Ils sont pourvoyeurs d'emplois peu qualifiés (le faible niveau de qualification peut avoir pour conséquence une fragilisation face aux changements, orienter vers des activités plutôt répétitive, limiter les marges de manœuvre)
- Un des paramètres de la performance y est le rythme de travail et l'engagement du corps : fonctionnement à la cadence (nombre de toilettes pour les Aides-Soignantes), port de charge, lien direct à l'objet de travail (à la différence des activités de process)
- La précarité y est très présente (à des degrés variables bien entendu mais les saisonniers, le *turn over*, le recours fort à l'intérim marquent à la fois le report des contraintes sur certaines catégories et en même temps l'importance de la stabilisation de l'emploi pour une bonne part du personnel)
- Les formes d'organisation du travail ne valorisent pas l'autonomie (tâches d'exécution, management de contrôle, poids de la prescription...)
- Les conditions physiques de travail y sont souvent difficiles (bruit, port de charge a-t-on dit, posture, ambiance thermique...)

Ce tableau, on l'imagine, est défavorable aux salariés vieillissants. Il engage également une problématique du « tenir au travail ». On voit bien que la pénibilité au sens premier du terme est omniprésente. De plus, pour l'aide à domicile et les EHPAD l'activité implique en outre l'engagement auprès de personnes âgées, ce qui est un motif spécifique d'exposition aux RPS. L'ensemble des traits convergents que nous avons décrits est particulièrement propice au développement de pathologies au croisement d'enjeux relatifs au corps et au psychisme. Nous sommes globalement dans un périmètre regroupant ce que l'on pourrait appeler une nouvelle

population ouvrière, incluant en particulier des activités de service. La distinction services / industrie n'a guère de sens pour notre propos et en tout cas ici, n'est pas un outil intéressant de clarification au contraire serait-on tenté de considérer. Quoiqu'il en soit cela touche une population fortement concernée par la problématique des conditions de travail.

Nous allons, pour explorer notre hypothèse, dans un premier temps envisager les liens entre TMS et RPS. Nous commencerons par identifier les articulations les plus manifestes et généralement admises. Dans un second temps, nous explorerons comment la thématique du rapport au travail associe RPS et TMS. Enfin, nous tenterons de dégager les éventuels facteurs communs relatifs à l'organisation du travail. Cela ne nous permettra peut-être pas de valider totalement notre hypothèse mais, tout du moins, d'en valider les fondements.

## **Les liens RPS-TMS**

Les TMS se définissent comme un ensemble de pathologies qui affectent les tissus de la périphérie des articulations. Elles se manifestent par des douleurs et une gêne fonctionnelle pouvant être invalidante. Certains troubles musculo-squelettiques sont reconnus comme maladies professionnelles (tableaux des maladies professionnelles 57, 69, 79, 97, 98). Les plus fréquents sont le syndrome du canal carpien, les tendinites (épaules, coude, et les atteintes du rachis). Les RPS sont constitués par l'ensemble des dimensions organisationnelles et relationnelles ayant un impact sur la santé des salariés et la dégradation du rapport au travail. Remarquons que spontanément on parle de Risques psychosociaux et de Troubles musculo-squelettiques. Il serait intéressant d'approcher les Risques musculo-squelettiques, ce qui permettrait une comparaison plus fine avec les Risques psychosociaux.

Les liens les plus manifestes à ce jour se repèrent autour de trois axes :

✘ **Le fait de travailler de manière « tendue », ou « crispée »** (par la difficulté à suivre la cadence, par suite au stress engendré par les conditions de réalisation de l'activité) augmenterait les probabilités d'apparition de TMS dans des activités où elle est déjà présente. La dimension psychosociale aurait en quelque sorte un effet d'accélérateur. Si on est soumis à une situation de « stress », on reste « tendu » même quand il n'y a pas de sollicitation musculaire, il n'y a donc plus de phases de récupération et le tendon s'altère même en l'absence de sollicitation. Cela explique la causalité entre les deux dimensions.

✘ **Le stress chronique favorise les TMS par des mécanismes hormonaux.** On est là principalement sur des mécanismes physiologiques liés à l'action de certaines hormones. Evidemment si en plus du stress chronique il existe en situation des causes de TMS, on peut penser que l'effet sera d'autant plus important (cela pourrait amener à envisager des circuits d'auto-alimentation).

✘ **L'exposition aux TMS, à son tour, peut favoriser les RPS** (anxiété face à sa capacité à tenir au travail, peur de se voir handicapé...) qui peuvent amener à des attitudes de déni, des attentes de reconnaissance... Ainsi, ce n'est pas tant l'engagement du corps qui crée le RPS mais la conscience que l'on a de sa mise en danger induisant l'apparition de mécanismes psychosociaux.

Lorsque le facteur physique est massif la variable RPS semble avoir moins d'impact. Ces trois liens ne sont guère mystérieux et ils constituent une première approche des superpositions entre RPS et TMS. Mais évidemment ils ne rendent pas compte de l'ensemble. Tout un pan est à prendre en compte qui relève de la question du rapport au travail.

## TMS et rapport au travail

Bien entendu, la plupart des altérations physiques sont objectives. Néanmoins les exemples sont nombreux de salariés qui travaillent avec des dorsalgies et tiennent « malgré tout ». Un des critères d'apparition des TMS est le seuil de douleur acceptable par le sujet. Or celui-ci est variable (sûrement d'un individu à l'autre) et dans cette variabilité intervient un critère de rapport au travail. Un rapport dégradé au travail aurait tendance à abaisser le seuil d'acceptation de la douleur. **Les TMS identifiés sont plus importants, à activité équivalente, lorsque le rapport au travail est, pour différentes raisons, altéré.** De ce point de vue la survenue d'un TMS peut marquer un point de rupture dans la capacité de l'opérateur à faire face à l'ensemble des contraintes physiques et psychosociales constitutives de sa situation de travail. La seule raison que nous identifions à cela est la manière dont se construit un rapport à la « douleur acceptable ». On est dès lors dans le registre de la perception, ou plutôt d'une proprioception appréhendée, qualifiée presque par le sujet. L'articulation corps / psychisme serait alors conjointement assurée par la douleur et le rapport à la douleur, ce qui n'est pas loin d'être la même chose. La douleur est à la fois un fait physiologique et psychologique.

Nous pouvons noter, toujours sur le registre de l'activité, que certaines façons de travailler, pour une même fonction, sollicitent beaucoup plus l'engagement physique (aides à domicile notamment). La manière d'engager son corps a ainsi un rôle pouvant être majeur dans l'exposition. Il existe dans les services et la production une forme d'engagement de l'individu qui fait du travail un défi et induit une certaine manière à la fois d'envisager son travail et de réaliser l'activité. Cela n'est pas réductible à l'organisation du travail mais relève d'une culture du travail. L'idée répandue naguère que l'on ne « travaille pas assis » est tout à fait dans cette perspective. Elle renvoie au fait que l'on n'a pas à laisser penser aux autres et à soi-même que l'on se laisse aller à ne pas supporter une difficulté. C'est une donnée culturelle efficace. Elle participe d'un endurcissement nécessaire pour faire face à la dureté du travail. Ainsi ce qui est considéré comme important dans la façon de travailler a bien évidemment un effet sur le niveau d'exposition.

## TMS et dynamique de l'organisation

Il apparaît à la lecture des paragraphes précédents que **l'impact de l'usure physique sur les TMS est fort mais n'est pas un déterminant absolu.** Bien que, comme on l'a noté, lorsqu'il est massif la question du rapport au travail n'a plus un poids réel. Lorsque la base physiologique est endommagée lourdement il n'est plus question de variation subjective du rapport au travail. Le physique emporte tout. C'est en quelque sorte une forme de retour du réel. Cela étant dit, on voit à l'hôpital par exemple de jeunes soignants dont la santé physique est altérée plus rapidement que celle de certains anciens. Est-ce lié à des façons de travailler, comme nous venons de le pointer plus haut ? Ou bien à la difficulté à tenir l'ensemble des contraintes ? Ce type d'exemple milite pour une prise en compte de données qui ne relèvent pas uniquement des caractéristiques objectivées des tâches, mais marque l'importance de la dynamique organisationnelle (différente de l'organisation du travail en ceci qu'elle prend en compte les formes d'échange au cœur de l'activité, en particulier les éléments relatifs à la régulation).

Cette perspective prend un début de consistance quand on analyse le phénomène majeur provoquant les TMS : la sur-sollicitation (liée de fait à l'incapacité d'adapter les rythmes) des muscles et des tendons. Si on alterne des périodes de sollicitations des muscles et des tendons

avec des périodes de « récupération », les microlésions qui peuvent apparaître lors des efforts sont « auto-réparées » par les phases de repos. Si on accélère la cadence, les phases de récupération deviennent trop courtes pour permettre une autoréparation suffisante et les lésions deviennent alors douloureuses en permanence. De ce fait, soit on est dans une « cadence » infernale qui mécaniquement crée de la lésion soit dans les modes de travail, quelque chose ne va pas. On en vient alors à s'intéresser à la manière dont l'opérateur travaille (et dès lors on n'est pas que sur l'énigmatique subjectivité, qui n'est qu'une impasse du point de vue d'une réflexion analytique visant à transformer le travail).

Un des facteurs pouvant agir (en négatif ou en positif) sur le niveau d'exposition théorique est la capacité des salariés à réguler et adapter les modes opératoires et ainsi à disposer d'une certaine autonomie dans la réalisation des gestes professionnels. Il s'agit de comprendre quelle peut-être la gestion par l'opérateur des phases de repos. Au-delà de la dimension relative à la culture du travail et des formes d'engagement que nous avons déjà évoquées cinq niveaux sont ainsi à interroger :

- L'organisation du travail permet-elle cette autonomie ? On n'est pas là simplement dans ce que permet ou interdit la prescription. Il faut le voir de manière plus fine ; par exemple **l'incitation à l'intensification du rythme de travail par l'octroi de primes de rendement a un effet réel sur l'exposition aux risques (et sur le fonctionnement du collectif)**. Ces pratiques amènent l'opérateur à s'exposer lui-même. Il faut interroger également le **niveau réel de charge de travail** (pour certains postes il est très mal apprécié car ne reposant que sur une vision distanciée de la réalité). S'interroger sur le niveau de charge et la manière correcte de la dimensionner n'est pas un réflexe systématique. L'autonomie disparaît à un certain niveau de sollicitation car l'opérateur supprime de lui-même (sans que forcément cela lui soit demandé) les temps de récupération dans le but de faire face aux contraintes. Ce cas de figure est beaucoup plus fréquent probablement que la mise en coupe réglée du travail directement par les modes opératoires et les prescriptions en général.
- Les modes de management acceptent-ils l'autonomie régulatrice de l'opérateur sur son travail ? **Les modes de régulation du travail par l'encadrement de proximité** sont ici un facteur significatif. En fait la question de fond est : des stratégies d'adaptation sont-elles possibles ? Si l'encadrement de proximité est soit trop éloigné des salariés, soit dans une stricte relation de contrôle cela aura pour conséquence de rendre plus difficile la mise en place de stratégies d'adaptation positives aux contraintes par les salariés. La possibilité pour l'encadrement de proximité d'étayer les pratiques, d'apporter des savoir-faire, est un levier de reconnaissance favorable. Il peut permettre le développement de stratégies et de savoir-faire adaptés (et parfois coordonnés) aptes à éviter la sur-sollicitation.
- Le salarié a-t-il les savoir-faire qui lui permettent de gérer la réalisation de la tâche ? Nous avons là un point qui est déterminant. Si le salarié adopte des micro-stratégies encore faut-il qu'il ne soit pas perpétuellement débordé par les attendus de la tâche. Ces compétences sont lestées du côté des habiletés corporelles. Les ergonomes sont les mieux placés pour appréhender les modes d'apparition de l'expérience. Cela pose la question subsidiaire : a-t-on identifié que la tâche demandait des savoir-faire ?
- Le salarié s'autorise-t-il des formes d'autonomie ? Cela n'est pas paradoxal. Il peut arriver que l'opérateur réduise de lui-même ses marges de manœuvre relatives aux contraintes de sa situation de travail. Cela en fonction notamment de son niveau de stress, des modes de régulation (ou d'absence de régulation) par l'encadrement de proximité. A la lecture des différents points que nous venons d'examiner sommairement, on s'aperçoit que ce n'est

pas la contrainte directe qui est la plupart du temps exposante, c'est la manière dont l'opérateur se saisit ou peut se saisir de la contrainte.

- **La qualité du collectif de travail est un élément déterminant dans la capacité des opérateurs à gérer les contraintes en situation de travail.** Il semble y avoir un lien réel entre l'existence de conflits ou de tensions au sein des équipes et la déclaration de TMS. A l'inverse, les collectifs fonctionnant correctement (ce qui implique solidarité, capacité à gérer ensemble les contraintes...) ont un effet positif dans la perception et l'impact des contraintes physiques. Une des pistes à suivre est ainsi de favoriser la dimension collective dans l'activité. Cela signifie deux choses : soit le manque de fonctionnement collectif rend plus difficile le déploiement des stratégies de gestion des sollicitations et d'adaptation aux contraintes, (raison objectivante), soit la dégradation des relations induit un stress qui favorise l'apparition des TMS (raison « subjectivante »). Ces deux raisons ne s'excluent pas l'une l'autre et peuvent se combiner.

Au point où nous en sommes nous constatons que l'environnement favorisant l'apparition de TMS est très proche de celui favorisant les RPS. La dynamique organisationnelle, la capacité à générer des stratégies d'adaptation aux contraintes, le rôle du collectif, les perceptions des finalités du travail et des modes de travail valides sont de fait aussi important pour les RPS que pour les TMS. On peut dès lors penser qu'une situation comparable peut aboutir à un trouble psychosocial aussi bien qu'à un trouble musculo-squelettique. C'est essentiellement sur des caractéristiques relatives à l'engagement du corps que se fait la différence. Cela expliquerait autrement que par une tautologie les proximités observées entre secteurs différents quant à l'atteinte à la santé au travail.

### **Quelles conséquences ?**

Les problématiques relatives à la santé, au croisement RPS / TMS, semblent émerger sur un terreau commun. Cela peut avoir des conséquences majeures sur la prévention. En effet si ce fondement est vrai, il vaut mieux partir d'un questionnement partant des situations de travail pour venir aux questions de santé au travail plutôt que de faire le chemin inverse : c'est-à-dire de partir de catégories préexistantes pour interroger les situations. L'une ou l'autre approche orientent tendanciellement des pratiques de préventeurs, mais amènent aussi à penser différemment le lien entre travail et santé.

Ainsi les questions de santé au travail relatives au lien entre RPS et TMS pourraient s'approcher par des analyses factorielles et des combinatoires de facteurs (les troubles n'étant dans cette perspective que la résultante indirecte des combinatoires). Il est important de pointer le trouble comme une conséquence car c'est un tronc commun de facteurs qui produisent des TMS et TPS. Il devient essentiel dès lors de se questionner sur la modélisation des situations de travail qui permettrait de comprendre les modalités d'exposition. Autre type de questionnement induit : on pourrait même, mais ce n'est pas l'objet de ce texte (qui s'arrête au seuil de cette interrogation), se demander s'il ne faut pas substituer aux notions de RPS et TMS celle de risque pour la santé, en ne gardant que la différenciation des troubles. On serait alors sur un « Risque Individuel Global ».

Sur un plan pragmatique cela peut avoir des répercussions sur le DUER et sur les pratiques des préventeurs. Une entrée par une trop forte spécialisation est souvent problématique. Or les notions de TMS et de RPS portent en elle un découpage qui est, à partir d'un moment, non plus fécond mais limitant. Cela d'autant plus dans un contexte où de plus en plus d'actions de prévention sont portées comme des « prestations ». Cela renvoie au lien entre non pas les

disciplines elles-mêmes (du moins dans un premier temps), mais dans ce que l'on pourrait appeler les pratiques disciplinaires. Il s'agit dès lors d'avoir des préventeurs capables d'approcher et d'analyser les situations de travail, objet commun, plus que de savoir découper finement telle ou telle réalité. Il ne semble pas malheureusement que ce soit le chemin emprunté.

Enfin, du point de vue opératoire les représentations de certains employeurs font qu'il est plus facile d'**introduire la thématique « santé travail »** que celle des Risques psychosociaux. Ce sont pourtant bien souvent les mêmes réalités qui sont derrière. Du point de vue de l'action en entreprise il convient semble-t-il de **privilégier la mise en place d'une démarche globale d'amélioration des conditions de travail**. Il est plus judicieux de développer des démarches d'ensemble plutôt que de sommer les diverses démarches de prévention (en tout cas si l'on est plus soucieux de transformer le travail que de doctrine). Ce sont des démarches de prévention qui parlent du travail et qui s'occupent du travail....

## **2<sup>ème</sup> partie**

### **L'enjeu social frein de la prévention**

Dans la mise en place d'une démarche de prévention les freins les plus fréquents à lever sont ceux du risque perçu par l'employeur d'une mise en cause du management, d'une instrumentalisation du sujet santé – travail par les représentants du personnel à des fins revendicatives, du coût de la démarche. La méconnaissance de ses obligations par l'employeur et le manque de culture en prévention renforcent significativement ces freins. Pour ce qui est de l'argument économique notons qu'une réflexion sur les modes de réalisation du travail et les actions correctives y afférant ne relèvent pas d'un investissement lourd. Mais est-ce un argument ? On peut au fond en douter, la question du coût est le plus souvent une rationalisation *a posteriori*, plus qu'une réalité. Le vrai coût est celui de la remise en question. Au fond, la prévention pâtit des conflictualités au sein du travail (d'ailleurs on sait bien que la prévention réussie se fait dans un dialogue social positif), et de l'ignorance de beaucoup d'acteurs dans ce domaine qui confondent le plus souvent enjeux de prévention et enjeux de responsabilité. Il est donc essentiel, si l'on veut faire avancer la prévention, de l'intégrer au plus près des modes de fonctionnement et des modes d'organisation. Les entreprises savent le faire : quand un certain nombre d'entreprises gèrent les risques relatifs à la santé au travail par le recours massif à la flexibilité externe (emploi de saisonniers non fidélisés...) que font-elles sinon utiliser l'organisation du travail pour parer à un risque ? Les contraintes les plus lourdes sont ainsi assumées par des précaires qui n'ont pas vocation à rester au sein de l'entreprise. Permanents et employeurs y trouvent un intérêt commun. Ces systèmes sont pervers mais efficaces. Il faut promouvoir des modes d'organisation qui intègrent la prévention, non pas comme une contrainte mais comme un mode de fonctionnement.

### **Conditions pour l'action**

Quatre conditions favorables apparaissent si l'on veut avancer dans le domaine :

✘ **La reconnaissance par l'entreprise de l'existence de difficultés.** Sans détailler une liste d'indicateurs infinie on peut citer : existence de maladies professionnelles, absentéisme, fonctionnement collectif dégradé, démissions et difficultés de recrutement, conflits... L'enjeu

est souvent de sortir d'interprétations renvoyant, soit aux individus, soit à une fatalité du métier qui obstruent toute velléité d'action préventive collective.

✘ La seconde condition est relative à la volonté de **se doter *a minima* de compétences dans le domaine de la prévention**. Les derniers textes y contraignent. Sans une sensibilisation à la prévention des risques professionnels il est difficile pour l'entreprise d'avoir un regard suffisamment outillé sur ses propres problèmes.

✘ La troisième condition est relative à la **qualité du dialogue social**, en particulier avec le CHSCT dans le cas d'entreprises importantes (en France 97% des entreprises sont des PME de moins de 20 salariés selon des chiffres avancés par la CGPME). Les situations conflictuelles liées à une dégradation de la santé au travail ne peuvent trouver d'issue que par un engagement réciproque des partenaires sociaux sur une démarche reconnue par tous comme valide. Agir en prévention implique qu'au seul débat sur la responsabilité (qui est le responsable de la situation ?) se substitue au moins partiellement un débat sur la prévention. Or dans un conflit, il arrive que l'on fasse flèche de tout bois et que l'on instrumentalise la prévention.

✘ La dernière est la connaissance par l'employeur de ses responsabilités dans le domaine de la santé au travail. Son manque de compétences en la matière est souvent problématique : car elle lui laisse à penser qu'il est impossible au fond de faire face réellement à ses obligations. Il en déduit souvent qu'il s'agit surtout de parer aux conséquences et donc de gérer la responsabilité.

## **Orienter l'action**

Le premier stade est souvent d'engager l'entreprise à agir, cela par divers moyens (réalisation ou mise à jour du DUER, démarche relative à la pénibilité, et plus largement mise en conformité avec la réglementation), appréciation des coûts cachés ou directs... Le socle de toute action coordonnée des préventeurs est l'identification commune d'une situation dégradée. De ce point de vue la qualité de l'échange d'informations (fiche d'entreprise, contact direct...) est déterminante et constitue déjà en elle-même une action notable. L'action conjointe des divers préventeurs (agents de contrôle, médecin du travail, CARSAT...) a montré son efficacité pour faire avancer des situations marquées par une dégradation de la santé au travail et/ou des relations conflictuelles. Pour autant elle est parfois difficile à mettre en œuvre.

Engager une action de prévention dans le domaine doit, pour être efficace, respecter au moins trois critères :

- Intégrer l'analyse des situations de travail
- Intégrer une dimension relative à la gestion des compétences et des trajectoires
- Mettre en place une démarche pérenne

### ***Intégrer l'analyse du travail dans la réflexion sur les actions correctives et préventives***

Cela induit un certain nombre d'aspects. Le premier est la participation active des salariés à l'évaluation des facteurs d'exposition et à la réflexion sur les actions à mener. Le second est qu'il est plus pertinent de partir de situations concrètes bien identifiées que de se contenter d'analyses à portée générales. C'est bien les conditions relatives au travail réel et les contraintes concrètes qui doivent être au centre des échanges. C'est à partir de là que l'examen de l'organisation du travail prendra tout son sens. L'approche par les situations

critiques est à favoriser. Pour cela il vaut mieux sortir des catégories de risques qui vont être très transversales et parfois abstraites. Dans l'évaluation il vaut mieux oublier un peu les risques et entrer par les situations. Il convient néanmoins de se garder de croire que le travail réel est la clé de tout. Il faut toujours interroger la pertinence des réponses apportées par les opérateurs face aux contraintes et les moyens à leur disposition pour y faire face (y compris en termes de compétences).

### ***Intégrer une dimension relative à la gestion des compétences et des trajectoires***

La question RPS-TMS ne peut être abordée correctement si l'on ne prend pas en compte de manière sérieuse la question des compétences et des trajectoires professionnelles. Les thématiques relatives à la professionnalisation (en poste ou permettant d'évoluer), à la formation, à la gestion des trajectoires professionnelles constituent un volet incontournable de la démarche. Elles le sont d'autant plus qu'une partie des salariés concernés n'a que peu accès à la formation. D'ailleurs, sur un plan plus théorique dans les facteurs communs aux deux risques la part relative à la gestion des trajectoires et des compétences a probablement un rôle majeur.

En ce sens il est toujours préférable d'anticiper de possibles altérations à la santé que d'arriver à des situations d'inaptitudes très complexes à gérer sur le moment et lourdes de conséquences pour les salariés. (A titre d'exemple, envisager de travailler sur de l'échange de savoir-faire entre opérateurs sujets aux TMS et salariés gérant les contraintes sans impact sur leur santé est parfois une piste intéressante dans la circulation des savoir-faire et des bonnes pratiques.) Il est aussi nécessaire de penser les choses dans le temps : quelle évolution pour quels postes ? Cela non plus ne coûte rien, sinon un exercice sérieux de réflexion. Là aussi l'action des intervenants externes est déterminante. Qu'ont-ils à proposer au responsable comme pistes prospectives ?

### ***Mettre en place une démarche pérenne***

L'action en prévention n'a de sens que si elle s'inscrit dans la durée. Or, si parfois la mise en place d'un plan d'action est déjà une satisfaction, il faut bien reconnaître que cela dans l'absolu ne suffit pas. Il faut ainsi prendre garde à ne pas confondre la fin et les moyens, ce qui arrive plus souvent que cela ne devrait. Une démarche pérenne pour prendre sens doit *a minima* prendre en compte :

- l'acquisition dans l'entreprise de compétences en prévention et l'identification d'une fonction associée (qui bien entendu ne relève pas forcément d'un temps plein)
- la capacité à identifier dans le temps les situations les plus exposantes (ce qui doit donner lieu à un protocole formalisé), ce sont les situations critiques dont nous avons parlé.
- le suivi de quelques indicateurs simples
- un point au moins semestriel sur les questions santé sécurité

Un des rôles structurants des préventeurs externes est de s'assurer que ces trois critères sont bien intégrés dans la démarche de l'entreprise. Leur rôle est d'ailleurs essentiel à condition qu'ils sachent s'extraire de leurs spécialités et à condition qu'ils ne se prennent ni pour des auditeurs ni pour des moralisateurs. Pour cela une démarche d'amélioration des conditions de travail et de prévention est plus apte à faire progresser les acteurs internes que des discours spécialisés sur les RPS et les TMS. L'enjeu est de comprendre les facteurs d'exposition, de comprendre les possibles stratégies d'adaptation et les ressources à construire. Il faut passer de la prévention des risques à la prévention factorielle. L'évolution des catégories usitées en santé – travail (en particulier celles de RPS et TMS) est un élément favorable pour



promouvoir des pratiques de prévention plus pertinentes et plus intégrées dans le fonctionnement des entreprises.

**Franck Martini**

Psychosociologue, Directeur de Publication des *Cahiers des rps*,  
*Les Cahiers des rps*, n°23, juin 2014