



Entretien

Prévention des TMS : une intervention ergonomique couplée avec un travail ostéopathique-analytique

Jacques Demarquest, médecin du travail, et Christophe Lion, ergonomiste chez Médisis, précisent la façon dont ils conçoivent l'évolution de la santé-travail aujourd'hui et expliquent comment ils ont inventé un type d'intervention autour de l'usure professionnelle, avec le concours d'ostéopathes, en abordant le thème de la douleur, pour permettre aux entreprises de mener une démarche active de prévention des TMS dans leur établissement.

ISTNF. Comment concevez-vous la prévention l'un et l'autre ?

Jacques Demarquest. J'ai été médecin biologiste pendant trente ans, avant de m'inscrire en santé-travail. J'ai assisté à la normalisation de l'activité, autour de l'assurance qualité, ce qui nous sert énormément, actuellement, en santé-travail, dans le dialogue avec les entreprises. Ça fait cinq ans que je suis en médecine du travail, c'est une discipline que je trouve réellement passionnante. Il y a une amplitude de travail considérable. J'ai été très impressionné par la qualité de l'enseignement universitaire. Nous, chez Médisis, avec Christophe, on a vraiment envie d'appliquer ces modèles dans nos actions de terrain. On a une aventure humaine et médicale à proposer en entreprise. Il y a un changement d'échelle avec la fusion en cours avec Présos, on arrive dans une autre équipe, c'est une opportunité qu'il faut saisir.

Christophe Lion. Je suis aujourd'hui ergonomiste, mais j'ai d'abord exercé un métier de technicien de prévention. En 2016, j'ai repris des cours au Cnam de Paris, en sciences humaines et sociales, en sciences ergonomiques, et donc depuis 5 ans maintenant, je suis ergonomiste dans le service de Médisis, à Creil. L'intervention ergonomique est souvent réduite à un achat de matériel : c'est la table et la chaise, la table élévatrice, le fauteuil ergonomique. Jacques a une vision un peu plus poussée de la discipline. Avec lui, on peut développer de vrais projets dans des entreprises avec une vision de prévention primaire. C'est-à-dire que l'on vise les personnes en bonne santé pour les maintenir dans le futur.

JD. Sur le secteur de la prévention, en service interentreprises, les préventeurs ont encore trop souvent un mode de fonctionnement à l'acte, ils ont du mal à entrer dans le mode projet. J'apprécie

travailler avec Christophe, car il porte un regard différent sur le sujet de la prévention, ce qui nous permet d'avancer avec le pôle psycho-ergo de Médisis, dans une vision plus large. J'avais besoin qu'on puisse développer des projets plus généreux. Chacun faisait, comme tu le dis, des actes à la demande, au cas par cas, dans les territoires. Une vision du métier se traduit par : « Il y a un problème d'épaule, il faut intervenir ». Pour autant, pris par le rythme de leur activité et parce qu'ils doivent répondre aux besoins exprimés directement par les entreprises, très peu de médecins pensent à sortir du soin initial pour développer un projet de prévention.

ISTNF. C'est une nouvelle façon de penser la santé-travail ?

CL. Je propose la même façon de travailler à tous les médecins, mais beaucoup d'entre eux ont une vision de l'ergonomie qui se résume à du *one shot* : « J'ai un problème à l'épaule, je veux que tu ailles dans l'entreprise, tu donnes un matériel, tu lui soulages l'épaule ». Il y a une autre façon d'intervenir dans l'entreprise : on va prendre le problème à son origine, et pas juste par un bout, en posant un pansement, si je peux dire ça comme ça, pour ne pas se contenter d'une action de prévention tertiaire. Quand on soigne la personne à un instant T, elle va mieux, et si elle sort de l'entreprise, on sait que dans deux ans, une nouvelle personne sera confrontée au même problème, rencontrera la même situation, reproduisant les mêmes effets, et ainsi de suite. De là est venue l'idée, avec Jacques, de mener une intervention ergonomique en la couplant avec un travail ostéopathique-analytique.

JD. En fait, dans la première entreprise dans laquelle nous avons initié notre démarche, la direction a voulu faire entrer un ostéopathe dans l'établissement, à des fins cosmétiques, si l'on peut dire, en croyant que de cette façon elle faisait quelque chose de bien pour les salariés. Je m'y suis opposé car je pense qu'on ne peut pas faire entrer des intervenants extérieurs dans une enceinte industrielle sans aucun autre accompagnement. Il faut d'abord évaluer le besoin et donc, partir d'un état des lieux. Au départ, quand on leur a proposé de travailler autrement, on nous a dit « Non, ça ne nous intéresse pas ». Ils ont demandé à une infirmière de leur entreprise de réaliser un questionnaire Evrest. Et là, ce fut la catastrophe, les résultats obtenus étaient très négatifs, ce qui n'était pas acceptable pour l'entreprise. Nous sommes revenus voir la direction en présentant un plan d'action. Et ils ont accepté de travailler sur la thématique des TMS. Voilà maintenant trois ans qu'on est sur ce dossier. Nous avons mis au point une méthodologie, elle est applicable pour tout type d'établissement, quel que soit sa taille. Le grand enjeu sous-jacent, c'est la construction sociale de l'intervention.

ISTNF. Il faut entrer en contact avec l'entreprise d'une certaine façon ?

JD. Il faut avoir une logique de conseil. Ça nous a pris un an à bâtir notre projet. Au fur et à mesure du temps, on a modifié notre maquette au contact de l'entreprise. Heureusement, sur place la direction a senti tout de suite l'intérêt du projet. On a présenté notre maquette à l'équipe de direction, aux élus, à tout le monde. On l'a construit aussi avec des ostéopathes. On a travaillé avec trois ostéopathes de la région. Quand on les a rencontrés, on leur a expliqué que notre vision de la santé-travail s'éloignait justement de la représentation simplement physique de la santé. On sait très bien que dans les entreprises, les démarches de prévention se limitent souvent à des formations sur les gestes et postures. On leur a rappelé le côté mental et social du travail, qui est assez important, qu'il ne faut pas négliger. On a ensuite réexpliqué nos missions parce que beaucoup d'adhérents nous voient encore comme des pourvoyeurs de visites médicales. Ils connaissent les visites

d'aptitude et les préconisations qui en découlent, mais ils ne connaissent pas forcément le côté préventif de nos métiers.

CL. Et quand on parle de prévention individuelle, on parle du poste de travail, c'est un parti pris pour entrer en discussion avec l'entreprise. L'ergonomie propose une vision globale du travail. On est parti sur l'ostéopathie, parce qu'on y aborde un côté un peu systémique du corps. Les ostéopathes ont une vision du corps qui est intégrale : si vous allez les voir pour un mal de dos, ils vont pouvoir vous dire que l'origine provient de votre épaule. Ils sont capables de faire des liens, c'est ce côté-là qui nous a intéressé pour comparer l'expression de la douleur avec l'état du corps, avec l'usure du travailleur.

JD. En tant que médecin, par ma formation, j'appréhende le corps par appareils. C'est la manière dont on raisonne au départ. Appréhender le corps entier, dans sa globalité, on a du mal à le faire. Les ostéopathes sont plus proches de l'ergonomie, parce qu'ils considèrent qu'il faut tenir compte d'un ensemble. C'est une discipline qui n'est pas enseignée en université mais dans des écoles. Elle pâtit d'un manque de reconnaissance. Quoi qu'il en soit, il y a très peu de publications sur l'efficacité des méthodes utilisées par les ostéopathes, c'est pourquoi nous avons pris des ostéos qui étaient proches de la vision des ergonomes. On entend de plus en plus souvent le cas d'entreprises qui proposent des échauffements à leurs travailleurs avant le démarrage d'une journée, par exemple dans le BTP, mais j'ai lu dans la littérature que ça pouvait être dangereux, parce que ce n'était pas suffisamment individualisé. Faire entrer un ostéopathe dans une entreprise, ça nécessite une évaluation rigoureuse.

ISTNF. Les entreprises sont-elles en capacité de vous suivre sur ce schéma particulier ?

JD. Dans notre entreprise de départ, on voyait bien que le secteur était manufacturier, que la population était plutôt féminine, avait plus de 45 ans, et avait des problèmes d'épaule. Et une fois que le problème d'épaule est avéré, pour le salarié, retrouver du travail, ou pour la direction, déplacer la personne, c'est compliqué. Les entreprises arrivent à diminuer les accidents de travail, par contre, les maladies professionnelles, elles n'arrivent pas à les anticiper. Il faut une vision sur le long terme sur ce sujet, or en général, les industries qu'on rencontre vivent au présent. Je leur parle en leur disant : « Vous allez travailler sur quelque chose qui n'existe pas, mais surtout vous aller travailler pour que cela n'arrive pas ». Ce message de prévention est difficile à faire comprendre. Derrière, bien sûr il y a l'inaptitude, ça veut dire qu'on perd des gens, et pour l'entreprise on perd du savoir-faire, alors qu'elle a du mal à recruter. De là est venu notre questionnement : comment travailler sur l'usure professionnelle et favoriser le maintien dans l'emploi ? En entreprise, il a fallu expliquer les TMS, en reprenant la terminologie, la définition, et en présentant quelques statistiques pour montrer que ce n'est pas forcément le dos qui est le plus touché, contrairement à ce que l'on peut penser. Il faut rappeler que les TMS ne se limitent pas aux gestes et postures, il faut parler du fonctionnement des muscles et aborder la question de l'effort, de son intensité. Ensuite on va toucher au porte-monnaie pour leur expliquer quel est le coût direct lié aux TMS, c'est un sujet qui parle tout de suite à l'entreprise.

CL. Il n'y a pas beaucoup d'études autour de l'utilisation de l'ostéopathie en entreprise. En général ce ne sont pas des projets organisés comme le nôtre, ça se limite à des séances de « confort ». Mais malgré tout, on trouve des chiffres autour de la diminution de la douleur et de la diminution de l'absentéisme. Donc, même si les protocoles ne sont pas forcément cadrés, un côté positif en ressort.

On explique les enjeux liés aux TMS : réduire les douleurs, bien sûr, mais aussi améliorer le climat social, la qualité du travail. On explique ce que c'est l'ergonomie : on travaille sur l'activité réelle, on s'intéresse à la personne, mais aussi à la performance de l'entreprise. Voilà, on sait quelles sont les valeurs de l'entreprise, il faut leur montrer que la santé au travail, ça rapporte. On rappelle que l'ergonomie, ce n'est pas que le physique, contrairement à ce qu'ils peuvent imaginer. Il faut avancer l'idée que celui qui fait le travail est expert de son travail, que c'est lui qui va faire remonter les informations. Dans une entreprise qui fonctionne en *lean management* descendant, très descendant, l'opérateur n'est absolument pas consulté, il est vraiment en bout de ligne, c'est important de leur dire qu'il a une expertise, qu'il a quelque chose à faire ressortir, et que la solution peut venir de lui.

ISTNF. Comment savoir quel sera l'effet réel des mesures prises par l'entreprise ?

CL. Le but, c'est de réduire les TMS, de les prévenir, et de travailler sur l'absentéisme et sur les restrictions médicales. Si on améliore la prévention, l'état de santé, ça permettra aussi de réduire les préconisations, d'améliorer les postes de travail, pour ressortir des stratégies. Ce qui nous intéressait beaucoup, c'était de développer des indicateurs pour savoir ce qui était efficace. A la différence des démarches habituelles où les indicateurs sont centrés sur la sinistralité, nous avons choisi d'ajouter des facteurs de performance, de chiffre d'affaires, d'investissement du salarié dans la vie de l'entreprise etc. Ça demande des jours d'intervention, mais c'est réparti sur deux ans. Une fois que le projet est lancé, on va dire qu'il faut une réunion de cadrage, voire deux, trois, le temps de bien positionner le sujet, donc trois demi-journées. Ensuite, de mon côté, il y a la partie entretien, observation... Pour 60 participants, j'ai fait une trentaine d'entretiens et une vingtaine d'observations à peu près. Les entretiens, on va dire qu'on en fait 5 par demi-journée. Les observations, je peux en faire 7-8 par journée. Ça dépend du poste que j'observe, de ce que je veux montrer. On va déployer la même méthode dans deux nouvelles entreprises : je pense que notre temps d'intervention sera réduit de moitié... Dans l'hôtellerie, beaucoup de métiers sont identiques, je vais avoir besoin d'un échantillonnage plus petit quand je devrais intervenir.

JD. On rencontre beaucoup de femmes de 55 ans avec des problèmes ostéoarticulaires. Aujourd'hui médecin du travail, je les voyais vingt ans après les avoir suivies durant leur grossesse, quand j'étais médecin biologiste : elles avaient vieilli. Entre 2000 et 2020, en France, ...les TMS ont augmenté de 150%. Mais qu'est-ce qui s'est passé ? C'est une problématique. On observe en entreprise que le travail est genré, c'est ce que je dis aux femmes que je vois en visite de mi-carrière, quand elles ont entre 40 et 50 ans : les temps féminins ne sont pas les temps masculins. J'ai essayé de trouver des études sur le sujet, mais il y a très peu de choses. Oui, les bouffées de chaleur, la ménopause, ça c'est l'aspect caricatural. Ici on parle de TMS, mais on parle de tension en même temps. C'est aussi un sujet de santé globale. Ces femmes-là sont comme des fantômes, personne ne les voit, et elles se plaignent rarement d'avoir mal, c'est vraiment un problème.

ISTNF. Comment associez-vous le travail de l'ostéopathe et celui de l'ergonome ?

CL. L'ergonome, son domaine d'intervention concerne l'organisation du travail. L'ostéopathe, lui, va travailler sur l'individu. Les ostéopathes, comme ils ont accès à la personne, peuvent proposer des exercices individualisés par rapport à la pathologie, à la morphologie, à l'individu. On travaille entre l'analytique et le préventif, on n'est pas là pour faire du curatif. Ce n'est pas le but, il s'agit de préparer le futur pour l'entreprise. On leur explique que le geste, ce n'est pas qu'une succession de mouvements, ça concerne aussi un espace de travail, un matériel, pour essayer de les faire sortir de

leur zone de confort habituelle. On fait une collecte de données qui nous permettra de créer trois groupes de travail, trois groupes de population : des personnes asymptomatiques, des paucisymptomatiques, et des symptomatiques. C'est un infirmier de santé au travail qui va faire la collecte de données à partir d'un questionnaire auquel on a rajouté les sujets de l'investissement au travail, de la satisfaction. Ce sont des indicateurs positifs. Et on a renforcé les questions portant sur les douleurs, pour faire un état des lieux un peu plus consistant. C'est ce qui est entamé la première année. Ensuite intervient l'ostéopathe.

ISTNF. L'intervention de l'ostéopathe vous permet de repérer des axes de travail ?

CL. L'ostéopathe prévoit 5 personnes par demi-journée. La première session, c'est 40-45 minutes. La première séance d'ostéopathie, c'est de la détection. Ce n'est pas du soin, c'est une expertise. On n'est pas là pour soigner, mais pour voir quel est l'état du corps. C'est ce qu'on demande à l'ostéopathe. On ne l'emmène pas en entreprise au départ, il ne sait pas qui il va voir, il ne connaît pas les métiers exercés par les uns et les autres. Il faut une situation neutre, pour qu'il ne soit pas influencé par ce qu'il aurait pu voir. Pour la deuxième année, on lui fait visiter les ateliers, parce qu'on se place alors dans le conseil, dans le traitement. Le temps zéro c'est le questionnaire, ensuite, on détermine la population, puis on propose la première séance d'ostéopathie et le questionnaire infirmier. La deuxième année on recoupe les informations. Ensuite, après tout ça, un gros travail d'analyse est fait par l'ergonome et le médecin. Et enfin, on va imaginer comment intervenir sur le terrain. On va voir si des postes vont ressortir de manière plus critique que d'autres, c'est sur ceux-là qu'on va centrer l'intervention. Après, c'est une intervention ergonomique plus classique, avec des entretiens individuels et des observations de terrain, sur un échantillonnage, par rapport à ce qu'on veut voir, par rapport à ce qu'on veut démontrer.

ISTNF. A quel moment l'entreprise va-t-elle prendre conscience qu'elle doit agir en prévention ?

JD. Entre temps, on a quand même présenté au Copil les résultats de l'étude qui est faite par l'ostéopathe et les infirmiers. On leur explique où on en est. Ensuite, on leur fait un petit topo sur la prévention pour l'individu. On essaie d'aller plus loin. La prévention, en fait, on essaie de leur présenter comme un investissement. Ce n'est pas juste une question de santé pour l'individu, pour l'employeur c'est aussi un gain financier. On essaie d'élargir un peu leur vision de la prévention. On leur a présenté des indicateurs assez classiques de sinistralité, de santé générale. Derrière, on aborde des indicateurs de production, d'investissement, de recrutement, de demande de formation, pour voir si une dynamique s'installe dans l'entreprise. On produit un rapport épais que personne ne lit : tout le monde attend la synthèse. Dans notre premier projet, ce qui nous avait marqué, et ce qui a marqué l'entreprise aussi, c'est que 80% des travailleurs interrogés avaient répondu avoir mal quotidiennement ; c'était quelque chose de normalisé. 80% des salariés, durant leur journée de travail, ressentaient des douleurs. C'est inacceptable. Le salarié l'intègre, il se dit que c'est normal. C'est un ressenti : « Je travaille et j'ai mal ». Ces personnes ont 20 à 30 ans d'expérience professionnelle, elles sont usées et elles acceptent un certain degré de douleur... Est-ce que c'est inéluctable ? Ceux que je vois quotidiennement en consultation, pour eux c'est de la science-fiction, ils ne peuvent imaginer qu'ils seront abimés un jour. Le parallèle entre le nombre de douleurs déclaré par le salarié et les dysfonctions recensées par l'ostéopathe est un autre indicateur important. Pour simplifier, il s'agit de l'usure du corps non ressentie par le salarié. Nous passons ici

du simple au triple ! Ce qui signifie que sans action sur les conditions de travail, le nombre de douleurs déclaré se rapprochera du nombre de dysfonctions ostéopathiques.

ISTNF. L'employeur ne s'est jamais posé la question avant que vous n'interveniez ?

CL. L'ostéopathe n'est pas là pour soigner, il est là pour marquer l'usure professionnelle, pour convaincre qu'il y a un besoin de travailler ce sujet et d'engager des actions. La direction de l'entreprise, en général, s'engage sur l'organisation, mais on ne peut le garantir à 100%. C'est un rôle social, nous devons convaincre la direction qu'il est nécessaire de changer de façon de travailler. Le plus dur, c'est ça : réussir à entraîner les décideurs sur la nécessité de changer les choses. Les salariés ont déjà des solutions en tête, les managers aussi. On se rend compte que de nombreux opérateurs savent très bien ce qu'il faut faire pour améliorer leur quotidien. Mais au final rien ne bouge. C'est pourquoi il faut marquer les esprits par l'intermédiaire des ostéopathes, pour faire comprendre que s'ils en sont là aujourd'hui, et s'ils ne font rien, demain, continuer à travailler dans de bonnes conditions et être performant sera compliqués pour eux. On est obligé d'entrer par des biais pour qu'un processus de changement puisse intervenir. Les entreprises sont de plus en plus concernées par le sujet du fait du recul de l'âge de départ à la retraite. Qu'est-ce qu'ils vont faire de personnes de 62 à 64 ans qui sont déjà abîmées à 50 ans ?

JD. Dans une entreprise dans laquelle nous avons ciblé les problèmes, la direction nous avait dit peu après le diagnostic de notre intervention, qu'elle avait déjà modifié et mis en marche des modes d'action... Evidemment tout n'avait pas été fait, mais on leur avait montré certaines choses, avec des éléments chiffrés. Je vais te dire : en gros, le mot « RPS » occasionnait une réaction épidermique de la part de la direction. Donc on ne l'a jamais employé. On a travaillé sur l'organisation, on a travaillé sur le management, sur la culture d'entreprise, sans jamais le nommer. Et c'est passé. L'entreprise avait peur d'être montrée du doigt. Par contre, quand on parlait du management, on nous répondait : « Non, nous ne le ferons pas, parce que c'est comme ça chez nous », mais en pratique ils le faisaient quand même, mais sans l'assumer. On s'en rendait compte quand on y retournait après, car les travailleurs nous disaient : « Maintenant, nous sommes consultés sur les projets. Avant on ne l'était pas. Des groupes de travail ont été initiés ». Dans la discussion, dans les mots employés, on fait attention, on a vite vu que le mot RPS provoquait des frictions et qu'il ne fallait pas l'utiliser. On sait très bien que la frontière entre TMS et RPS est poreuse. Pour certains, ça reste pourtant un sujet tabou, qu'il ne faut pas évoquer. Le thème de l'usure professionnelle est une porte d'entrée qui permet de mettre l'entreprise en confiance et qui nous permet peut-être d'aller plus loin.

ISTNF. Comment évaluez-vous la portée de votre action ?

JD. Au cours de notre intervention, les deux tiers des travailleurs ont ressenti un effet positif, que ce soit sur du physique ou sur du stress. Un tiers des personnes ont constaté un changement dans leur poste de travail. Ce qui nous intéresse, c'est les dysfonctions ostéopathiques. Ce n'est pas parce que la santé d'une personne se détériore qu'elle en a conscience. Là, on a fait le delta entre la plainte, la douleur et ce que le corps dit. L'ostéopathe intervient sur ce thème. Et ce qui nous a intéressé sur nos trois groupes, c'est que l'asymptomatique, qui n'exprime pas de douleurs, connaît quand même des dysfonctions. Le corps commence à ressentir les effets de l'usure professionnelle, même si les personnes n'en ont pas conscience. On constate que plus on avance dans un groupe, chez les paucisymptomatiques, notamment, plus l'expression de la douleur rattrape l'état du corps.

CL. On a travaillé sur trois niveaux, mais de façon continue, pour que la démarche soit globale. Ce que nous appelons le niveau 1 ou micro, c'est le singulier, c'est l'individu lui-même en tant que personne. Donc là, vous avez les conseils santé, les ostéopathes, quelques séances d'échauffement personnalisées ou quelques mouvements d'étirements ainsi que des recommandations vers des spécialistes (ophtalmologue, podologue etc.). Vous avez aussi le suivi apporté par les infirmiers, les médecins, qui sensibilisent le public. Après on a le niveau 2 - méso, qui permet de travailler sur le poste de travail, avec tout ce qu'on peut imaginer : bras mécanique, environnement lumineux... organisation à une petite échelle. Et au niveau 3 - macro, là on touche le management. La moitié des salariés ont ressenti un changement dans l'organisation générale de l'entreprise, donc à une échelle plus haute. Les douleurs ont diminué de 13% en moyenne. Un tiers des personnes rencontrées ont suivi les recommandations de l'ostéopathe. Après notre intervention l'entreprise a refait un questionnaire Evrest ; ils nous ont envoyé leurs chiffres et c'était très positif : ils avaient diminué les contraintes sur les différents facteurs qu'ils avaient identifié.