

# EUROGIP

Actes de conférence

Décembre 2007  
Réf. Eurogip - 30/F

LES DÉBATS D'EUROGIP

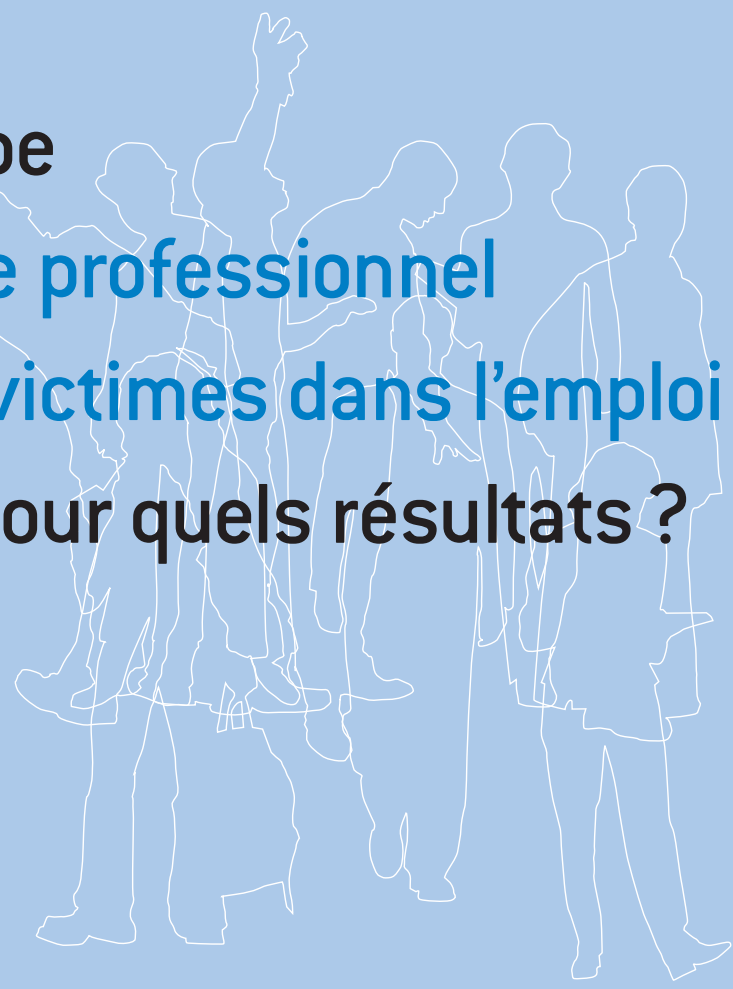
Les **TMS** en Europe

Prévenir le risque professionnel

et maintenir les victimes dans l'emploi :

quelles actions pour quels résultats ?

22 octobre 2007, Paris.



# Sommaire

<b>Ouverture des Débats d'Eurogip 2007</b> .....	<b>1</b>
<b>Anne HÉGER</b> , Présidente du Conseil d'administration d'Eurogip, France	
<b>Introduction aux Débats</b> .....	<b>2</b>
<b>Jean-Jacques ATAIN KOUADIO</b> , Ergonome, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), France	
<b>Gérard MARIE</b> , Ingénieur, Direction des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), France	
<b>Raphaël HAEFLINGER</b> , Directeur, EUROGIP	
<b>Quel cadre communautaire pour prévenir les TMS ?</b> .....	<b>7</b>
<b>Antonio CAMMAROTA</b> , Administrateur, Unité Santé, sécurité et hygiène au travail, DG Emploi, Affaires sociales et Égalité des chances, Commission européenne	
<b>Natascha WALTKE</b> , Senior Adviser, Entrepreneurship & SMEs, Corporate Social Responsibility, Health and Safety, BUSINESSEUROPE (Confédération des entreprises européennes)	
<b>Roland GAUTHY</b> , Chargé de recherches, Ergonome européen (Eur.Erg), Institut syndical européen pour la recherche, la formation, et la santé sécurité, (ETUI-REHS)	
<b>Bernard LEVACHER</b> , Président du GEOPA-COPA (Comité des organisations professionnelles agricoles de l'Union Européenne)	
<b>Arnd SPAHN</b> , Secrétaire du secteur Agriculture, Fédération syndicale européenne pour les secteurs de l'agriculture, de l'alimentation et de l'hôtellerie (EFFAT)	
<b>Andrew SMITH</b> , Head of Communication and Promotion unit, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.	
<b>Prévenir les TMS : quelles actions nationales/sectorielles pour quels résultats ?</b> .....	<b>16</b>
<b>Peter HASLE</b> , Senior Researcher, National Research Centre for the Working Environment, Danemark	
<b>Monique FRINGS-DRESEN</b> , Professor & <b>Judith SLUITER</b> , Associate Professor, Coronel Institute of Occupational Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Pays-Bas	
<b>Laurent WACK</b> , Ingénieur-conseil au département des risques professionnels, chef de secteur BTP, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Rhône-Alpes, France	
<b>Dominique BEAUMONT</b> , Médecin spécialiste en santé au travail, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Ile-de-France, France	
<b>Jacques MINJOLLET</b> , Directeur, Les Institutions de la coiffure, Groupe AG2R, France	
<b>Ernst KONINGSVELD</b> , Senior consultant, TNO Quality of Live, Pays-Bas	
<b>Ingrid LEMPEREUR</b> , Ergonome, Kinésithérapeute, Service de santé au travail multisectoriel (STM), Luxembourg.	
<b>Maintenir les victimes de TMS dans l'emploi</b> .....	<b>24</b>
<b>Bertille ROCHE-APAIRE</b> , Médecin conseil à la mission médicale, Direction des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, (CNAMTS), France	
<b>Dr. Jur. Friedrich MEHRHOFF</b> , Director of rehabilitation strategies, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Allemagne	
<b>Patricia O'NEILL</b> , Group Health Services Manager, Centrica, Grande-Bretagne	
<b>Patrick STRAUSS</b> , Conseiller général, Fonds des maladies professionnelles (FMP), Belgique	
<b>Frank CUNNEEN</b> , Chairman of the Workplace Safety Initiative, Irlande	
<b>Conclusion des Débats 2007</b> .....	<b>32</b>
<b>Marie-Chantal BLANDIN</b> , Adjointe au Directeur des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), France	

# Ouverture des Débats d'Eurogip 2007

## Intervenante

**Anne HÉGER**, Présidente du Conseil d'administration d'Eurogip, France

Mesdames, Messieurs, bonjour.

En tant que présidente du Conseil d'administration, je suis très heureuse de vous accueillir pour cette nouvelle édition des Débats d'Eurogip.

Certains d'entre vous, toujours plus nombreux, nous font l'honneur de revenir d'une année sur l'autre et je les en remercie. Ils contribuent ainsi à faire des Débats d'Eurogip le rendez-vous annuel consacré à la prévention des risques professionnels en Europe.

J'espère que ceux qui participent pour la première fois aujourd'hui à cette rencontre viendront grossir le nombre des habitués des Débats d'Eurogip.

A leur attention, j'aimerais dire quelques mots sur Eurogip qu'ils ne connaissent peut-être pas.

Eurogip est un organisme français, et non-européen comme son nom pourrait le laisser entendre. Il a été créé en 1991 pour animer, coordonner et développer au plan européen les actions de la Sécurité sociale dans le domaine des risques professionnels.

Sa mission consiste à aider les partenaires sociaux qui gèrent la Branche "Accidents du travail et maladies professionnelles" de la Sécurité Sociale et les agents qui y travaillent, à savoir ce qui se prépare au niveau communautaire et des pays de l'Union. Ils pourront ainsi mieux comprendre les enjeux et, le cas échéant, adapter leurs décisions ou leurs actions.

Dans ce cadre, Eurogip exerce des activités variées, qui ont toutes pour dénominateur commun le thème des risques professionnels en Europe. Je vous invite à vous reporter à notre site Internet ([www.eurogip.fr](http://www.eurogip.fr)) pour en savoir plus. Aujourd'hui, je mettrai l'accent sur l'activité "information communication", puisque les Débats d'Eurogip en sont l'expression la plus vivante.

L'objectif de cette rencontre est en effet de favoriser l'échange d'informations et d'expériences sur un thème d'actualité en France et dans les autres pays de l'Union européenne en matière de risques professionnels.

Et l'actualité cette année, ce sont les TMS.

Trois lettres derrière lesquelles se cachent les troubles musculo-squelettiques, ces maladies inflammatoires et

dégénératives de l'appareil locomoteur qui touchent des millions de travailleurs en Europe. Ils représentent le plus grand nombre de maladies professionnelles reconnues dans la plupart des pays européens et leur nombre est en augmentation permanente.

La lutte contre les TMS est au cœur de la Campagne européenne 2007 pour la sécurité et la santé au travail, organisée par l'Agence européenne de Bilbao, qui a été lancée officiellement en France le 12 octobre 2007.

Elle est également au cœur d'une consultation lancée par la Commission européenne auprès des partenaires sociaux européens pour savoir s'il est souhaitable ou non d'adopter une directive spécifique.

Et la conférence tripartite sur les conditions de travail, qui s'est ouverte début octobre en France sous l'égide de Gérard Larcher, s'intéresse notamment à l'amélioration de la prévention des TMS.

Il faut dire que les TMS touchent presque toutes les professions et les entreprises de toutes tailles. De plus, les facteurs de risques - d'ordre biomécanique, organisationnel, psychosocial, personnel - sont très fréquemment imbriqués les uns dans les autres.

Ceci rend la prévention des TMS difficile, mais pas impossible, comme le montreront les expériences présentées par nos collègues danois, néerlandais, français et luxembourgeois en début d'après-midi.

Enfin, sachant que le nombre de victimes de TMS ne cesse d'augmenter, il sera intéressant d'interroger nos collègues de France, de Grande-Bretagne, d'Allemagne, de Belgique et d'Irlande sur les actions qu'ils ont mises en œuvre pour maintenir les personnes atteintes de TMS dans l'emploi. Autant d'échanges qui nous attendent tout au long de cette journée - animée par Marc Horwitz, journaliste qui connaît bien le sujet des TMS - et qui, je l'espère, sera comme les années précédentes, riche d'enseignements sur les pistes à suivre.

Auparavant, je vous invite à regarder un premier micro trottoir pour nous faire une idée sur ce que les TMS représentent dans l'esprit des personnes.

# Introduction aux Débats

## Intervenants

**Jean-Jacques ATAIN KOUADIO**, Ergonome, Institut national de recherche et de sécurité (INRS), France

**Gérard MARIE**, Ingénieur, Direction des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), France

**Raphaël HAEFLINGER**, Directeur, EUROGIP

**Marc HORWITZ**, Animateur

[Projection micro trottoir : "Vous avez dit TMS" ?

### Jean-Jacques ATAIN KOUADIO

Ce micro trottoir montre bien la vaste représentation que l'on peut avoir des troubles musculo-squelettiques et les perceptions individuelles témoignent qu'il est nécessaire de proposer de l'information sur cette thématique !

### Marc HORWITZ

Vous intervenez aujourd'hui en tant que représentant de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) que vous venez de rejoindre après avoir passé 17 années à la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Nord-Est à travailler sur les TMS. Vous êtes ergonome ; à ce titre, dites-nous ce que sont ces fameux TMS.

### Jean-Jacques ATAIN KOUADIO

Comme exprimé dans le micro trottoir, il s'agit de douleurs et de difficultés en situation de travail.

La douleur peut générer une inflammation, un handicap transitoire, etc. mais ceci peut se résorber ; les troubles sont réversibles. La difficulté arrive lorsque le trouble s'installe et entraîne un handicap qui se cristallise dans le temps et conduit à de réelles difficultés au travail.

Les troubles musculo-squelettiques peuvent correspondre à des inflammations au niveau des tendons, des affections péri articulaires ; ils peuvent toucher les gaines des tendons, les nerfs, etc. Cela peut concerner le membre supérieur (le canal carpien, l'épaule, etc.) mais aussi le dos.

Une personne qui pratique une activité de conditionnement par exemple met en œuvre des mouvements répétitifs et peut donc être concernée.

Les TMS concernent aussi le travail sur écran. Certains postes de travail génèrent des sollicitations importantes.

Le syndrome du canal carpien correspond à une compression du nerf médian.

Les TMS sont une priorité par leur nombre et l'impact que cela

peut avoir sur l'entreprise et les salariés. Ils doivent être pris en compte au milieu des autres risques professionnels. L'entreprise doit intégrer la prévention des TMS dans sa stratégie globale de prévention des risques professionnels. C'est un vrai projet d'entreprise, qui se construit à travers des démarches et des stratégies de prévention, mais aussi des méthodes et des outils qui sont aujourd'hui disponibles.

### Marc HORWITZ

Quels sont les secteurs d'activités ou les professions les plus concernés ?

### Jean-Jacques ATAIN KOUADIO

Actuellement, très peu d'activités ou de professions sont épargnées par les TMS. Mais l'on parle le plus souvent de TMS dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, ainsi que de la construction automobile ; cela concerne aussi le secteur des services (aide à la personne par exemple).

### Marc HORWITZ

Pour quelles raisons les TMS sont-ils si difficiles à prévenir ?

### Jean-Jacques ATAIN KOUADIO

Les TMS ont émergé au milieu des années 1980.

La difficulté pour les prévenir réside dans l'évaluation du risque. Des outils sont disponibles pour cela. Il s'agit d'une démarche globale. L'ensemble de l'entreprise doit être impliqué. L'angle de prise en compte doit s'attacher aussi aux questions d'inaptitude temporaire ou définitive et au, maintien dans l'emploi, etc. L'entreprise doit se mettre en mouvement sur ce sujet avec tous les acteurs concernés.

### Marc HORWITZ

Que représentent les TMS en France ? Sur les 10 dernières années, le nombre de TMS reconnus en tant que maladies professionnelles a augmenté en moyenne de presque 20 % par an. Comment expliquer une telle progression ?

### **Gérard MARIE**

La forte automatisation dans l'industrie a permis de réduire certaines tâches difficiles, pénibles et répétitives. Cela dit, pour celles qui font encore appel à des travaux manuels, de nouvelles contraintes de temps, de délais et de productivité sont venues s'ajouter et cela a contribué à la progression des TMS.

### **Marc HORWITZ**

Il s'agit malgré tout de maladies sous-déclarées.

### **Gérard MARIE**

Il y a un grand défaut d'information même si la médiatisation du phénomène commence à produire ses effets. L'impact sur l'augmentation du nombre de maladies professionnelles est sûrement plus important que l'augmentation du risque, même si celui-ci a augmenté ces dernières années.

### **Marc HORWITZ**

Pour quelles raisons les entreprises sur lesquelles les TMS ont directement une incidence ne s'engagent-elles pas davantage dans les démarches de prévention ?

### **Gérard MARIE**

Il s'agit d'une démarche complexe qui passe par des principes incontournables qui peuvent apparaître comme des contraintes, surtout pour les plus petites entreprises.

### **Marc HORWITZ**

Quel est le rôle du Réseau de la Sécurité sociale vis-à-vis des entreprises ? Comment s'effectue la relation et quelle est sa nature ?

### **Gérard MARIE**

Le Réseau prévention des risques professionnels de la Branche "accidents du travail et maladies professionnelles" de la Sécurité sociale est constitué des services prévention des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et des Caisses générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer, de l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), d'Eurogip et de la direction des risques professionnels à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Depuis une dizaine d'années, notre rôle a surtout été de mettre au point des outils et des méthodologies à partir d'expérimentations et de travaux de recherches effectués à l'INRS.

Aujourd'hui, nous sommes dans une phase d'information et de sensibilisation d'un plus grand nombre d'entreprises en vue de leur donner envie de faire de la prévention. Trop peu d'entreprises le font actuellement ; elles ne sont pas nécessairement au courant ni motivées par les gains potentiels.

Nous mettons également en place des moyens pour démultiplier l'action dans les entreprises.

Nous sommes à effectifs et à moyens constants ; face à près de 40 000 maladies professionnelles reconnues, il faut passer à une prévention de masse.

Nous devons faire davantage avec nos moyens, c'est-à-dire avec notre Réseau et ceux des autres institutions. Nous devons mettre en place des actions coordonnées pour mieux faire face à cette épidémie.

### **Marc HORWITZ**

Vous avez lancé en mars une grande opération en France sur les TMS. En quoi a consisté cette "Semaine TMS" ? Quels en sont les premiers résultats ?

### **Gérard MARIE**

Il s'agissait d'une opération de sensibilisation pour donner envie aux entreprises de faire de la prévention. Nous avons touché, au travers d'une cinquantaine de manifestations au cours d'une semaine sur le territoire national y compris dans les DOM, près de 10 000 personnes (chefs d'entreprises, organisations professionnelles, syndicales, médecins du travail, ergonomes, etc.). La Semaine s'est traduite par un document reprenant une quarantaine d'exemples de bonnes pratiques en entreprises, dont certaines ont fait l'objet de témoignages au cours de rencontres.

### **Marc HORWITZ**

Quels sont les exemples de bonnes pratiques ?

### **Gérard MARIE**

L'idée était de montrer que la prévention des TMS était possible et efficace ; des entreprises sont venues témoigner des gains qu'elles en ont tirés, y compris les gains de productivité et de qualité, au travers de l'examen de l'organisation et de l'aménagement des postes de travail.

### **Marc HORWITZ**

Les entreprises n'ont-elle pas peur que cela leur coûte cher ?

### **Gérard MARIE**

La prévention a un coût qui ne doit pas être considéré comme tel, mais comme un investissement. Les entreprises ont montré qu'elles y trouvaient des gains, en sus de ceux liés à la réduction des TMS. Nous avons donc un rôle à jouer sur cet aspect pour donner envie aux entreprises de faire de la prévention, car celle-ci est globalement efficace.

### **Marc HORWITZ**

Comment voyez-vous évoluer la situation dans les prochaines années ?

### **Gérard MARIE**

Nous n'avons pas encore "fait le plein" en termes de nombre de maladies professionnelles. La médiatisation et la sensibilisation vont continuer et davantage de maladies

professionnelles vont être reconnues.  
Il y a par ailleurs des situations à risques qui vont perdurer et qui ont déjà mis en route des futurs TMS.  
Nous devons absolument faire face pour que le maximum d'entreprises prennent en compte le risque.

#### **Marc HORWITZ**

Votre rôle est-il de sensibiliser et de mobiliser par des campagnes d'information ?

#### **Gérard MARIE**

Notre rôle est de mobiliser, de sensibiliser, de donner envie, mais aussi de donner les moyens aux entreprises de faire face.

#### **Marc HORWITZ**

Comment l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) est-il mobilisé dans le combat contre les TMS ? Quelle est votre mission en tant que chef de projet ?

#### **Jean-Jacques ATAIN KOUADIO**

Les travaux de recherche, d'assistance, de formation et d'information sont développés depuis de nombreuses années au sein de l'INRS. Cela étant, le besoin de renforcement des applications pratiques sur le terrain existe.

La problématique des TMS est multidisciplinaire et l'enjeu du projet transversal TMS sur lequel je vais travailler est de coordonner les ressources scientifiques et techniques au sein de l'INRS pour poursuivre les travaux et aboutir à des orientations et solutions concrètes (innovations, démarches, outils, méthodes et informations).

Dans la problématique TMS, il faut saisir tous les facteurs : facteurs environnementaux (biomécaniques et psychosociaux), facteurs liés à l'individu (évolution dans l'âge), etc. Cette thématique s'amplifie à l'INRS.

#### **Marc HORWITZ**

Raphaël Haeflinger, pouvez-vous vous présenter ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

Je suis le directeur d'Eurogip depuis quelques mois. Je viens de la Caisse nationale de l'assurance maladie où j'ai travaillé, au cours des cinq dernières années, pour la Branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) ; j'avais la responsabilité du département Assurance des risques professionnels.

#### **Marc HORWITZ**

Vous connaissez donc la situation française en matière de reconnaissance des TMS. Quelle est-elle ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

En France, nous avons cinq tableaux de maladies professionnelles en ce qui concerne les TMS. Le tableau 57 (affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail) est le plus important. Ces tableaux confèrent aux maladies qui y figurent une

présomption d'origine professionnelle extrêmement forte. À partir du moment où une personne a contracté une maladie listée et a effectué les travaux répertoriés dans les tableaux correspondants, il est quasiment impossible d'apporter la preuve contraire que la maladie n'a pas un caractère professionnel.

Ainsi, à partir du moment où l'on réunit à la fois les conditions du syndrome décrit et des travaux réalisés, la présomption d'origine est pour ainsi dire irréfutable. Ceci constitue une particularité française.

Il y a cependant en France, comme ailleurs, des débats sur la "multi factorialité" des TMS, certaines activités privées pouvant conduire également au développement de TMS. Il s'agit d'un sujet relativement controversé. Même si le caractère professionnel des TMS est aujourd'hui largement admis et reconnu, il peut y avoir des facteurs exogènes à l'activité professionnelle.

Parallèlement au système des tableaux, nous disposons également d'un système complémentaire dans lequel l'assuré doit prouver l'origine professionnelle du trouble dont il est atteint. Ce système dit "ouvert" s'applique lorsque des conditions des tableaux ne sont pas réunies et lorsque l'on atteint un certain taux d'incapacité. Dans ce cas, il est possible d'aller devant une Commission régionale de reconnaissance de maladies professionnelles (CRRMP) pour faire reconnaître cette maladie comme étant d'origine professionnelle. Les TMS représentent 60 % de l'activité de ces Commissions.

Au plan statistique, en France, et pour le régime général de Sécurité sociale (hors secteur agricole), environ 40 000 TMS sont reconnus sur un total de 52 000 maladies professionnelles. Autant dire que les TMS représentent la principale cause de sinistralité en matière de maladie professionnelle.

#### **Marc HORWITZ**

Quels sont les coûts financiers liés aux TMS ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

En France, 6,5 millions de journées de travail sont perdues du fait des TMS, la durée moyenne des arrêts de travail étant de 6,5 mois.

Le coût direct des TMS pour l'assurance AT-MP est de 650 millions d'euros (sur 10 milliards d'euros de dépenses globales de la Branche AT-MP française). Mais ces pathologies génèrent évidemment des coûts indirects. À ce titre il faut signaler que la Commission européenne a lancé récemment un appel d'offres pour une étude macroéconomique destinée à estimer globalement ce que les TMS coûtent à la société, non seulement en termes d'assurance, mais aussi en termes d'absentéisme, d'état de santé de la population, vieillissement, etc. Ces coûts indirects sont très difficilement chiffrables aujourd'hui.

#### **Marc HORWITZ**

Quelle est l'évolution de la pathologie ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

L'on constate en France une croissance ininterrompue de la reconnaissance et de l'indemnisation des TMS depuis les années 1990. Celle-ci coïncide avec la révision du tableau 57, et notamment l'introduction de la possibilité de faire reconnaître des TMS touchant l'épaule. Ceci montre, au-delà de l'évolution de l'exposition au risque, l'effet économique lié à l'évolution juridique des tableaux (ou des listes dans d'autres pays).

#### **Marc HORWITZ**

Quelle est la situation en Europe aujourd'hui ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

Les TMS constituent le problème majeur de santé au travail en Europe. Il y aurait environ 40 millions de travailleurs touchés par le phénomène dans l'UE 27. Selon la quatrième Enquête européenne sur les conditions de travail réalisée par la Fondation pour l'amélioration des conditions de vie et de travail à Dublin, 45 % des travailleurs européens interrogés déclarent travailler dans des positions douloureuses ou fatigantes. Certains États membres de l'UE ont également été interrogés et estiment un coût financier des TMS compris entre 0,5 et 2 % de leur PIB. Ce qui est énorme.

Eurogip travaille actuellement en collaboration avec un groupe du Forum européen de l'assurance accidents du travail - maladies professionnelles [cf. [www.europeanforum.org](http://www.europeanforum.org)] sur le thème des maladies professionnelles en Europe ; l'aspect TMS y est nécessairement central.

#### **Marc HORWITZ**

Quels sont les premiers éléments de cette étude ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

Il faut d'emblée préciser que comparer les données est un exercice délicat, car les chiffres recueillis dépendent du système juridique de chaque pays, notamment de la force de présomption, du contenu de la liste de maladies professionnelles, voire de son existence, de l'enregistrement des informations à la source, du codage des pathologies, etc. Néanmoins, nous nous sommes livrés à cet exercice et avons comparé la part que représente les TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles reconnues dans huit pays : Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Italie, République Tchèque et Suède (données 2005).

Le premier constat que nous avons fait est que dans tous les pays étudiés qui disposent d'une liste de maladies professionnelles, celle-ci comporte des TMS. Les principaux TMS cités dans les listes correspondent aux atteintes tendineuses (téno-synovites, tendinites, épicondylites), aux atteintes nerveuses (syndrome du canal carpien) et aux bursites (du genou et du coude). Les listes diffèrent vraiment d'un pays à l'autre ; elles sont très détaillées dans certains pays (comme en France), fonctionnent par grands groupes de TMS dans d'autres pays, voire se limite à un libellé très général (comme en Italie).

Deuxième constat, dans six des huit pays étudiés (Belgique,

Espagne, France, Italie, République Tchèque, Suède), les TMS constituent les principales causes de maladies professionnelles.

Le classement des pays en fonction du nombre absolu de TMS reconnus révèle quant à lui une situation très contrastée. C'est en France et en Espagne que l'on enregistre le nombre le plus important de reconnaissances.

Pour autant, et c'est ce qu'il est intéressant de noter, ces deux pays disposent de systèmes de reconnaissance notoirement différents. La France a un système assez fort en termes de présomption, compte tenu de l'existence de tableaux de maladies professionnelles et il est très difficile d'apporter la preuve contraire de l'exposition professionnelle dès lors que l'on est dans les conditions décrites dans les tableaux. Nous avons également un système complémentaire.

En Espagne, la présomption est moins forte et il n'y a pas de système complémentaire. Par ailleurs, les organismes d'assurance n'attribuent une indemnisation qu'à hauteur d'un certain taux d'incapacité permanente.

Ainsi, quel que soit le système juridique de reconnaissance, qu'il soit très favorable ou qu'il laisse un débat entre les parties sur le caractère professionnel du TMS, les deux pays ont un taux de reconnaissance des TMS d'origine professionnelle très élevé par rapport aux autres maladies professionnelles. La forte proportion de TMS reconnus n'est donc pas liée nécessairement à un système juridique de reconnaissance plus ou moins favorable dans l'administration de la preuve. Pour les autres pays également, une proportion importante de TMS est reconnue. C'est le cas de la République Tchèque, la Suède et l'Italie, où un tiers environ des maladies professionnelles reconnues sont des TMS. En Suède, alors qu'il n'y a pas de liste spécifique, on constate une proportion importante de TMS reconnus (33 %).

Deux pays se distinguent dans l'échantillon observé par une plus faible part de reconnaissance de TMS dans l'ensemble des maladies professionnelles. En Allemagne, les TMS sont comptabilisés (ce qui ne veut pas dire non-prises en charge) lorsque la personne est obligée de s'arrêter de travailler du fait de cette pathologie. Ceci explique le faible pourcentage de TMS reconnus dans le total des maladies professionnelles. Il faut noter que ce pays met un accent particulièrement fort sur la prévention et la réinsertion professionnelle en la matière.

Le Danemark, enregistre un nombre de TMS reconnus relativement faible sachant qu'une réforme importante en la matière est intervenue en 2004 (nouvelle liste portant sur les TMS et assouplissement des conditions de reconnaissance), dont les effets statistiques apparaîtront sans doute dans les prochaines années.

#### **Marc HORWITZ**

Que pouvez-vous dire en termes d'évolution dans le temps ?

#### **Raphaël HAEFLINGER**

L'on constate une tendance haussière du nombre de reconnaissances dans les pays qui ont déjà le plus grand nombre de TMS en chiffres absolus, c'est le cas de la France et



l'Espagne. L'Italie, bien que reconnaissant peu de TMS en dénombrement, enregistre une croissance très forte du nombre de TMS reconnus. La Belgique se distingue des autres pays. Il y a eu une importante réforme en matière de reconnaissance des maladies professionnelles dans ce pays en 2001. Ceci se traduit par une baisse importante des TMS reconnus à compter de 2002. De même, la Suède voit baisser légèrement le nombre de TMS reconnus depuis 5 ans. Néanmoins, si l'on regarde les chiffres globalement, et non plus pays par pays, on constate que cette pathologie domine les maladies professionnelles : pour les huit pays étudiés par Eurogip, et sur cinq ans, l'augmentation du total des maladies professionnelles reconnues est de 21 943 ; les TMS à eux seuls représentent 21 753 cas. Ceci signifie que la quasi-totalité de l'augmentation du nombre de reconnaissances de maladies professionnelles est due à l'augmentation de la reconnaissance des TMS.

Autant dire que la question des TMS est une préoccupation majeure pour l'assurance AT-MP et pour ses acteurs, notamment les partenaires sociaux.

#### **Marc HORWITZ**

Quel rôle pourraient jouer les organisations professionnelles ?

#### **Gérard MARIE**

Nous considérons qu'un des moyens de démultiplication que nous avons commencé à mettre en œuvre repose essentiellement sur les organisations professionnelles. Grâce à leur légitimité et à l'aide que celles-ci apportent aux entreprises, elles peuvent avoir un rôle majeur. Des travaux ont démarré avec des Comités techniques nationaux, intégrant les employeurs et les salariés.

#### **Marc HORWITZ**

Une campagne de communication grand public va également être déployée.

#### **Gérard MARIE**

Nous pensons qu'une campagne de communication devrait aider sur le plan de l'information et de la sensibilisation aux TMS.

Il s'agit d'une campagne qui a été annoncée début octobre par le ministre du Travail à l'occasion de la conférence tripartite sur les conditions de travail avec les partenaires sociaux. Cette campagne se déroulera sur trois ans.



# Quel cadre communautaire pour prévenir les TMS ?

## Intervenants

**Antonio CAMMAROTA**, Administrateur, Unité Santé, sécurité et hygiène au travail, DG Emploi, Affaires sociales et Égalité des chances, Commission européenne

**Natascha WALTKE**, Senior Adviser, Entrepreneurship & SMEs, Corporate Social Responsibility, Health and Safety, BUSINESSEUROPE (Confédération des entreprises européennes)

**Roland GAUTHY**, Chargé de recherches, Ergonome européen (Eur.Erg), Institut syndical européen pour la recherche, la formation, et la santé sécurité, (ETUI-REHS)

**Bernard LEVACHER**, Président du GEOPA-COPA (Comité des organisations professionnelles agricoles de l'Union Européenne)

**Arnd SPAHN**, Secrétaire du secteur Agriculture, Fédération syndicale européenne pour les secteurs de l'agriculture, de l'alimentation et de l'hôtellerie (EFFAT)

**Andrew SMITH**, Head of Communication and Promotion unit, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

**Marc HORWITZ**, Animateur

## Marc HORWITZ

Quel a été le processus de consultation mis en place par la Commission européenne auprès des partenaires sociaux européens pour savoir s'il faut ou non un texte contraignant destiné à prévenir les TMS ?

## Antonio CAMMAROTA

L'unité de Santé et de sécurité au travail dans laquelle je suis est implantée à Luxembourg. C'est la seule unité de la Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Égalité des chances sur le site ; le reste de la DG est à Bruxelles. Les TMS sont en augmentation dans toute l'Europe et ce, malgré les différentes directives (directive cadre et autres directives particulières). Cette augmentation a été observée sur la base de données européennes et nationales. Conformément à l'article 138 du Traité européen, la Commission européenne est amenée à consulter les partenaires sociaux européens sur toute initiative de projet législatif dans le domaine des politiques sociales. Dans ce cadre, une première phase de consultation des partenaires sociaux a été lancée en 2004 pour vérifier l'intérêt d'une action législative au niveau européen. Les résultats ont permis de mettre en œuvre le lancement d'une seconde phase (adoption du texte en février 2007, envoi aux partenaires sociaux en mars 2007). En réponse à cette deuxième phase sur la question de l'opportunité d'une législation, les positions sont divergentes. Cette seconde phase est aujourd'hui clôturée et la Commission européenne s'est engagée à effectuer une étude approfondie

d'impact socio-économique destiné à mettre en place différentes initiatives.

L'initiative législative ne constitue pas la seule forme d'intervention possible.

Ceci devrait contribuer à mieux apprécier la situation européenne et à définir l'impact éventuel des initiatives et des différentes combinaisons possibles, qu'elles soient réglementaires ou non.

## Marc HORWITZ

La Commission européenne est-elle plutôt optimiste ou pessimiste par rapport à un compromis entre les partenaires sociaux ?

## Antonio CAMMAROTA

Nous avons de bonnes opportunités pour avancer conjointement.

## Marc HORWITZ

Vous avez participé aux première et seconde phases de la consultation. Quelle est aujourd'hui votre position sur ce texte ?

## Natascha WALTKE

BusinessEurope représente 39 fédérations d'employeurs et d'industries de 33 pays européens et regroupe les intérêts de 20 millions d'entreprises, quelle que soit leur taille. Nous avons effectivement été consultés deux fois. Notre position lors des deux consultations n'a pas changé. Nous

avons remarqué que la Commission, qui a le droit d'initiative pour des projets législatifs, basait son argumentation sur les TMS, qu'elle voyait en nette augmentation, essentiellement sur deux enquêtes effectuées auprès des salariés. Si celles-ci peuvent montrer certaines tendances, elles ne sont construites que sur la base de réponses déclaratives du type "Avez-vous mal au dos ?"

Pour un législateur, il n'est pas suffisant de se baser sur deux enquêtes de ce type uniquement. Nous pensons qu'il faut une analyse statistique plus approfondie sur la base des données médicales dans les différents pays.

Nous constatons par ailleurs dans la plupart des pays, sauf peut-être en France et dans un autre pays de l'Union européenne, que les cas de TMS sont en diminution.

Cela dit, ils occupent toujours une place importante et cela n'est pas satisfaisant.

#### **Marc HORWITZ**

En tant que représentant de la Confédération européenne des syndicats, quelle est votre perception quant au recul des TMS ? Êtes-vous d'accord avec cette analyse ?

#### **Roland GAUTHY**

Je ne vais pas intervenir comme épidémiologiste. Il est effectivement possible d'analyser les chiffres sur la base de la reconnaissance. Dans ce cas, cela signifie que le critère doit s'adresser aux mécanismes de la reconnaissance et à ses évolutions.

Je pense que l'on compare au fil des années et des modifications de régimes, des choses qui ne sont pas comparables.

Nous constatons d'une manière plus générale, que le lien causal entre TMS et travail est de plus en plus élaboré et de plus en plus démontré, au travers d'études sérieuses et admises par des comités scientifiques. Le doute existe de moins en moins.

Il est clair qu'il existe différentes causes au phénomène TMS ; certaines sont liées au travail et d'autres peuvent être extérieures au travail.

Les TMS peuvent être importés ou exportés, peu importe, ils sont là et il y a quelque chose à faire.

Si l'on considère que la plupart des personnes sont au travail 40 heures par semaine environ, le risque d'exporter un TMS plutôt que d'en importer paraît quantitativement plus grand. Quelles que soient la cause et la difficulté, ce qui intéresse le travailleur et l'entrepreneur, c'est que le travail puisse se faire dans de bonnes conditions.

Nous pensons donc qu'il est nécessaire de considérer le TMS au travail et pour cela, il faut passer par une politique proactive de prévention, en réfléchissant essentiellement à la conception des postes de travail pour éviter tout ce qui pourrait être la cause de TMS.

Nous avons dépassé la notion de chiffres ; les TMS causent des souffrances à l'infini et des pertes d'efficacité au travail.

#### **Marc HORWITZ**

Partagez-vous ce point de vue ?

#### **Natascha WALTKE**

Nous pensons que la situation n'est pas satisfaisante vu l'importance du nombre de TMS et nous sommes d'accord sur la nécessité de faire quelque chose par rapport à cela. Mais, nous ne sommes pas d'accord sur la voie proposée. La première critique que nous formulons concerne les statistiques.

Certains évoquent le fait qu'il n'y a pas assez de législation dans ce domaine.

Sans faire la liste des directives européennes qui ont une importance dans la prévention européenne, je rappelle l'existence de la directive cadre, qui demande à ce que le lieu de travail soit adapté à l'individu.

Il y a aussi d'autres directives liées à la conception des postes de travail, aux écrans de visualisation, à la manutention manuelle, à l'ergonomie des machines, aux équipements de travail, à la protection individuelle, etc.

Au niveau national, des textes européens ont été transposés pour prévenir les TMS.

Pourquoi les TMS représentent-ils toujours une part importante dans les maladies professionnelles ?

Ceci n'est pas lié au manque de législation, mais au fait que la gestion et la prévention sont des choses compliquées pour les entreprises et les employeurs ; il s'agit de pathologies extrêmement complexes, qui se présentent sous différentes formes, chaque individu et situation sont différents, etc.

Il est donc assez compliqué de gérer tout cela au niveau de l'entreprise et d'adapter les situations à chaque individu.

De fait, nous pensons qu'une nouvelle législation, basée sur un texte général, ne changera rien à la situation.

Il est préférable de travailler au niveau sectoriel et sur des guides pratiques.

#### **Roland GAUTHY**

Les TMS sont préoccupants, mais nous ne sommes pas du tout d'accord sur la façon de les aborder.

La démarche entreprise devrait aboutir à quelque chose de constructif, puisque nous avons la même volonté "d'éradication" ; celle-ci est partagée entre les gouvernements et l'Union européenne.

Nous pensons qu'il est nécessaire pour cela d'avoir des initiatives sérieuses, c'est-à-dire législatives, avec des feux rouges, oranges et verts. S'il n'y a pas de feux rouges, cela laisse l'impression que tout est possible.

Dans les textes existants, il y a beaucoup de manquements. La directive cadre contient tout et rien. Les textes qui s'intéressent davantage aux TMS sont incomplets sur le plan de la physiologie et de l'anatomie. Qu'en est-il des TMS des membres inférieurs dans les autres pays que la France ? Ils ne figurent pas dans les directives.

L'hygroma du genou est la première maladie professionnelle des carreleurs. Où est-elle passée ? A-t-on des jambes ? Un cerveau ? Ou considère-t-on uniquement la biomécanique ? Nous voudrions aller au-delà de la biomécanique et savons de plus en plus, et plusieurs auteurs l'ont démontré, que l'on parvient à diminuer les troubles en s'intéressant aux

conditions de l'organisation du travail et pas seulement aux aspects biomécaniques.

Il y a d'énormes lacunes dans ce domaine et nous sommes face à de nouveaux défis, notamment le défi démographique et de la Sécurité Sociale.

Nous accumulons des dégâts sous forme de TMS, dégâts rongeurs qui s'accumulent tout au long de la vie d'un travail qui n'est plus constructeur de santé, mais destructeur de santé. Comment est-il possible de faire travailler des personnes longtemps et être confronté à de petits dégâts qui s'accumulent mais qui ne font pas mourir ?

#### **Marc HORWITZ**

Il faudrait donc, selon vous, une réactualisation globale des textes. Quels sont les points sur lesquels vous souhaiteriez voir une évolution ?

#### **Roland GAUTHY**

Il faudrait éviter les confusions et les manques de clarté dans les directives existantes.

Il y a trois directives qui visent spécifiquement les TMS : la directive cadre et les directives "manutention des charges lourdes" et "écran de visualisation". Cette dernière est quelque peu obsolète. Les équipements ont changé, la problématique n'est pas prise dans son intégralité.

Nous souhaiterions maintenir l'existant, le réactualiser, le transformer non pas en des guides de bonnes pratiques, mais en un texte cohérent, praticable, assimilable, auquel s'ajouteraient des guides sectoriels et des transferts de compétences vers certaines professions.

Notre argumentaire sur ce point figure sur le site [hesa.etui-rehs.org](http://hesa.etui-rehs.org).

#### **Marc HORWITZ**

Que demandez-vous aujourd'hui à la Commission européenne ?

#### **Roland GAUTHY**

Nous lui demandons de produire un texte cohérent, une directive corps total au travail, dans laquelle l'ensemble des aspects biomécaniques seraient abordés sous un angle préventif, mais également sous l'angle des autres facteurs causaux des TMS, parmi lesquels figurent des facteurs organisationnels ou des facteurs émergents (causes sensorielles ou psychosociales).

#### **Natascha WALTKE**

Nous sommes d'accord sur le fait que la directive relative aux écrans de visualisation n'est plus d'actualité. Nous demandons à la Commission d'actualiser ce texte et de le simplifier. Ceci dit, nous ne pensons pas qu'il faille modifier les autres directives.

Nous pensons qu'il est nécessaire, au niveau sectoriel, de travailler sur des guides, des exemples montrant comment réduire les TMS.

Un nouveau texte européen ne serait que la somme de tout ce qui existe déjà et ne constituerait pas une aide au quotidien

des entreprises.

Il n'est pas non plus très réaliste de penser qu'un texte législatif peut prendre en compte toutes les situations de travail existantes et tous les lieux de travail. Ce texte ne concernerait que des dispositions générales qui n'apporteraient rien par rapport aux directives existantes. Les partenaires sociaux ont un rôle important à jouer dans la définition et l'élaboration des guides destinés à aider à la gestion au quotidien des TMS.

#### **Marc HORWITZ**

Vous êtes donc plutôt pour des négociations sectorielles. Dans le monde agricole, les partenaires sociaux ont signé un accord en novembre 2005. Comment réagissez-vous à l'écoute des partenaires sociaux du monde de l'entreprise ?

#### **Arnd SPAHN**

Je crois qu'au vu des différences, il est assez facile de voir quels sont les problèmes à résoudre.

Que signifient les TMS ? Les significations sont différentes dans les 27 États membres de l'Union européenne. La première chose que les partenaires sociaux ont essayé de faire dans le domaine de l'agriculture, a été de demander une définition commune, de façon à ce que tout le monde parle de la même chose.

Actuellement, cela n'est pas le cas ; cela se voit au travers des chiffres, entre la France et l'Allemagne par exemple comme nous l'avons vu ce matin.

Au-delà de l'aspect statistique. Il y a différentes possibilités pour lutter et réduire les TMS si l'on dispose d'une bonne définition.

Les partenaires sociaux ont par ailleurs convenu de mettre en place un observatoire national responsable de la collecte de l'ensemble des informations sur les TMS dans le secteur de l'agriculture.

BusinessEurope représente 20 millions d'entreprises et nous en représentons 13 millions, non couvertes par BusinessEurope. Il ne faut donc pas oublier les professions agricoles dans les statistiques.

Il faut également établir le lien entre les activités européennes et nationales, entre statistiques, meilleures pratiques, manuels pratiques qui existent dans différents secteurs. Je crois que les partenaires sociaux sont très actifs dans certains secteurs sur cette question.

Il faut aussi parler du matériel nécessaire à mettre en place.

Est-il normal par exemple, que les travailleurs agricoles aient des charges de 50 kg ou 100 kg en ce qui concerne les noix ?

N'est-ce pas une question de responsabilités, à différents niveaux ? Il ne s'agit pas d'un thème qui doit faire l'objet d'une réglementation par les partenaires sociaux. Il n'appartient pas à ces derniers de faire une loi disant qu'il n'est pas sain de travailler avec des sacs de 50 kg. Dans un avenir proche, il faut réduire la taille des sacs.

Les campagnes de l'an 2000 ne suffisent pas pour définir les responsabilités ; il faut identifier le problème et ce à différents niveaux, mettre en place des instruments permettant de

réduire l'impact du problème identifié.

Les partenaires sociaux dans notre secteur sont très actifs en la matière. Il y a aussi de multiples autres possibilités d'intervenir et de présenter les choses.

#### **Marc HORWITZ**

Pouvez-vous nous expliquer la base de l'accord de 2005 et ce qu'il apporte ?

#### **Bernard LEVACHER**

Il existe déjà un certain nombre de directives et pour nous une directive supplémentaire était une directive de trop.

Il était important de trouver un accord entre partenaires sociaux de l'agriculture pour montrer à la Commission européenne que l'on était capable de mettre en place un système permettant de gérer les TMS dans les différents pays de l'Union.

Il ne s'agit pas d'un accord qui impose des choses aux entreprises agricoles ; il s'agit d'un accord qui permet de donner des orientations.

L'observatoire constitue un apport important. Il faut que les partenaires sociaux nationaux fassent pression sur les gouvernements des États pour une prise en charge des problèmes liés aux TMS. Ce sont eux qui ont les statistiques et qui peuvent communiquer les données. Celles-ci permettront ensuite de mettre en place des programmes pour qu'employeurs et salariés de l'agriculture respectent des positions et des façons de travailler afin de diminuer les TMS. Dans l'Union européenne, il y a environ 7 millions de salariés en agriculture, dont un grand nombre de salariés saisonniers. Il faut donc que l'on puisse obtenir de la Commission européenne des éléments permettant à ces saisonniers d'apprendre les bons comportements afin d'éviter les TMS.

#### **Marc HORWITZ**

Quelle serait votre solution ? Celle-ci passe-t-elle par un texte commun ?

#### **Bernard LEVACHER**

Nous assistons en France à un phénomène de rejet des textes communautaires. Lorsqu'une directive européenne est proposée par la Commission et qu'elle doit être transposée en droit national, l'administration française en rajoute encore un peu. Les employeurs sont donc très méfiants par rapport aux directives européennes lorsqu'elles sont réaménagées à la "sauce française".

Si l'Union européenne élabore un texte reprenant toutes les directives existantes, un texte unique sur les TMS, nous sommes preneurs.

Une nouvelle directive n'apporterait rien.

C'est la raison pour laquelle, entre partenaires sociaux de l'agriculture, nous avons préféré trouver un accord, qui n'est pas parfait, mais qui a le mérite de montrer que les partenaires ont la volonté de trouver des solutions pour régler le problème des TMS. En tant que Président des employeurs au niveau européen, je pense que si une directive était adoptée suite à notre accord, celui-ci serait nul et non avenu.

#### **Antonio CAMMAROTA**

Nous parlons de législation et de quantité d'actes législatifs, alors que l'absence porte surtout sur l'aspect qualitatif. C'est dans cet esprit que la Commission européenne a proposé, entre autres, la possibilité d'une initiative législative forte, dans le sens où elle constituerait une simplification du cadre réglementaire en supprimant les deux directives existant actuellement (écrans de visualisation et manutention).

Par ailleurs, elle apporterait une valeur ajoutée en tant que plateforme méthodologique, sur la base de laquelle il serait possible de développer des interventions sectorielles.

Il y a des situations et des facteurs de risques communs à différents secteurs et il est possible de les identifier.

Cette approche permettrait d'avoir un point de repère général pour faire face au problème de TMS au plan transversal et intersectoriel, et également, de donner des moyens méthodologiques applicables par secteurs.

Il s'agit d'une priorité absolue. Je ne suis pas convaincu que la législation puisse fonctionner seule et soit suffisante. Les textes réglementaires ne doivent être établis que s'ils apportent quelque chose de nouveau et améliorent une situation.

#### **Marc HORWITZ**

Êtes-vous d'accord avec ce principe ? N'y a-t-il pas moyen de progresser en supprimant des textes obsolètes et en avançant vers un texte de qualité opposable à tous ?

#### **Natascha WALTKE**

Nous pensons que le cadre législatif existant est suffisant. Le fait que la Commission essaie de vendre une nouvelle directive dans le cadre de la simplification est contradictoire. Celle-ci ne simplifiera pas les choses.

Nous sommes d'accord pour une mise à jour du texte sur les écrans de visualisation, en y intégrant les progrès techniques. Je doute qu'il ressorte un texte simple et applicable du processus législatif européen.

#### **Roland GAUTHY**

Nous voulons un texte législatif sérieux, solide, praticable et qui ait valeur de loi.

Celui-ci serait complété par des guides de bonnes pratiques, des systèmes d'éducation, etc.

Il faut un texte sérieux qui s'inscrive dans une dynamique de prévention des risques européens, dont la fondation est la directive cadre sur la santé et la sécurité au travail.

Concernant le levage de poids, nous sommes aussi demandeurs de certaines limites (TLV) ; certains secteurs les appliquent déjà, mais cela reste difficile dans d'autres.

Lorsque l'on parle d'éducation des travailleurs, espérer faire diminuer les risques professionnels en demandant au maillon le plus faible d'appliquer les règles, va à l'encontre de l'élimination du risque, inscrite dans la directive cadre.

En périphérie d'une législation praticable et utilisable, je pense qu'il faut ajouter d'autres guides.

### **Arnd SPAHN**

L'idée de réduction des charges est excellente et a été mise en place dans toute l'Europe dans l'industrie du bâtiment. Nous n'avons pas encore d'instruments juridiques définissant les mouvements répétitifs ; nous avons besoin de normes techniques en la matière pour définir ce qu'est un mouvement répétitif et analyser tous les postes de travail afin de régler et prévenir les problèmes médicaux. Ceci relève de la responsabilité de la Commission européenne, après la réduction des charges lourdes.

### **Marc HORWITZ**

L'accord existant dans le secteur agricole constitue-t-il un premier pas pour avancer ou doit-on rester s'arrêter là ?

### **Natacha WALTKE**

La prévention sectorielle des TMS est une bonne approche et certainement la meilleure. Néanmoins nous ne sommes pas en mesure de demander aux secteurs d'agir. Nous ne sommes pas en faveur d'une nouvelle législation et d'une approche de valeurs limites, contrairement à ce que l'on peut faire dans le domaine des agents chimiques. Je pense vraiment qu'il est préférable d'avoir une approche sectorielle pour s'assurer que les TMS puissent être réduits via des guides pratiques.

### **Débat avec la salle**

### **Monique FRINGS-DRESEN**

Vous dites qu'il n'y a pas d'instruments actuellement pour évaluer les risques alors qu'il en existe plusieurs. Le problème qui se pose est lié à la mise en œuvre des lignes directrices sur le lieu de travail. Il serait intéressant de voir au plan scientifique, comment les mettre en œuvre sur les postes de travail.

### **Bernard SALENGRO**

Je souhaiterais vous faire part de mon expérience en tant que médecin du travail dans le bâtiment. Il y a quelques années, un nombre important de TMS est survenu dans un chantier, chez des maçons que je connaissais depuis 10 ans. Ceux-ci construisaient des villas, des fondations jusqu'aux pignons. Le constructeur a ensuite décidé d'industrialiser le processus en spécialisant chaque personne dans un type d'activité (fondations, murs, enduits, etc.). Chacun a donc été amené à effectuer des mouvements répétitifs et ce, dans un contexte industrialisé. Je ne sais si c'est l'aspect biomécanique de répétition du geste ou l'ambiance de stress qui a conduit à l'émergence de TMS. Cela dit, je pense que l'édition de guides ou le déploiement de contraintes réglementaires ne sont pas forcément les solutions à privilégier. La méthodologie assurantielle peut par contre être une réponse efficace au problème parce que l'entreprise fonctionne avec l'économie. Dès lors que l'on reconnaît les TMS en tant que maladies professionnelles, la prévention devient

logiquement rentable, et actuellement elle ne l'est pas du fait de la mutualisation.

### **Marc HORWITZ**

Ce point sera discuté cet après-midi. Croyez-vous, en tant que médecin du travail, qu'une législation européenne peut changer le problème ?

### **Bernard SALENGRO**

Je citais le problème pour engager une réflexion au niveau européen.

### **Christian GONNET**

La problématique des TMS devrait être intégrée dès la conception des engins de chantier. Nous avons parfois des modifications à faire a posteriori puisque nous avons du mal à faire pression sur les constructeurs ; de fait, nous sommes ensuite confrontés à des problèmes de conformité CE. Existe-t-il une politique transversale pour éviter ce genre de problème ?

### **Roland GAUTHY**

Il y a effectivement au sein de l'Union européenne des personnes chargées de la normalisation. Dans le cadre de la directive "machines", il y a la norme 1 005-5 [Performance physique humaine - Partie 5 : Estimation du risque pour la manutention répétitive à fréquence élevée] mise au point par le TC 122 du Comité Européen de Normalisation (CEN). Dans ce contexte, les risques potentiels de mouvements répétitifs sont pris en compte, mais elle est confrontée à la limite de la machine. À partir du moment où celle-ci est livrée, il vous appartient d'assurer les interfaces entre l'humain et son intégration dans l'outil de travail. C'est la limite de l'efficacité du système normatif européen.

### **Marc HORWITZ**

Faut-il que la législation aille plus loin, ou faut-il rester avec un cadre communautaire relativement large ?

### **Roland GAUTHY**

A notre sens, il faut aller plus loin, mais rendre simultanément les choses cohérentes.

### **Christian GONNET**

Il s'agit d'avoir plus de souplesse et de praticité pour respecter les obligations de résultat de l'entreprise. Il ne s'agit pas d'avoir plus de législation.

### **Pascal JACQUETIN**

Madame WALTKE a précédemment cité l'exemple britannique ayant réduit de 50 % les TMS. Ceci signifie-t-il que les entreprises peuvent s'engager sur le sujet ? Que pensez-vous du slogan lié à la réduction d'un certain pourcentage de TMS ?

### **Natacha WALTKE**

Nous souhaitons également que l'on diminue le nombre de

TMS. Faut-il pour cela formuler des pourcentages ? Ce n'est pas sûr. La stratégie communautaire 2007-2012 pour la sécurité et la santé au travail a avancé un chiffre, mais celui-ci concerne la réduction des accidents du travail.

La réduction du nombre de TMS est un but et il est bien d'être ambitieux ; cela dit, il faut pouvoir apprécier si le même pourcentage peut s'imposer dans tous les pays. Il ne s'agit pas nécessairement d'avancer des chiffres.

#### **Arnd SPAHN**

Je suis spécialiste en matière de "législation souple". La participation des salariés, l'information, la consultation, commence toujours dans les entreprises de plus de 50 salariés. En Allemagne par exemple, 99,9% n'atteignent jamais le stade où l'on peut utiliser ces instruments. Je suis donc vraiment en faveur d'une législation très souple. Nous avons besoin d'une discussion sur ces responsabilités. S'il y a des méthodes, celles-ci sont très différentes et pas toujours utilisables.

Lors des réunions avec les inspecteurs sécurité des États membres de l'Union européenne ceux-ci déclarent ne jamais avoir le temps de se pencher sur l'agriculture, considérant qu'il est préférable de mettre l'accent sur les grandes entreprises.

Nous avons donc besoin de méthodes spécifiques pour les micro entreprises.

Pour les machines et les engins, tous les résultats observés montrent que si l'on développe la productivité, on réduit en même temps les effectifs. Cela dit, nous avons une rotation de 1 ou 2% par an dans le secteur de l'agriculture. Développer les machines, cela signifie renvoyer des personnes sans leur trouver d'emploi.

Au plan européen, nous avons donc vraiment besoin d'un cadre global, permettant de définir les TMS de manière générale, mais également par secteur.

#### **Daniel BOGUET**

Faut-il une réglementation européenne ? Qui peut dire non ? Faut-il se préoccuper des TMS ? Qui peut dire non ?

En revanche, j'espère que la Commission européenne se rendra compte que l'on ne peut pas asséner contre les gens, que l'on ne peut pas ne pas tenir compte de la respiration sociale, ne pas tenir compte des réalités.

Il s'agit de cénacles qui ont des liaisons entre eux. Il y a des lobbies, syndicaux ou autres ; d'autres qui n'ont pas pu appliquer nationalement ou localement ce qui leur tenait à cœur.

Je crois que si la Commission européenne ne tient pas compte de l'état d'esprit des États membres, ceci fonctionnera comme pour la constitution. Vous aurez des pieds de nez.

Pour l'alcoolémie, les radicaux disent qu'il ne faut plus boire une goutte d'alcool ! Allez dire cela aux producteurs de vin !

Je viens toujours avec beaucoup de plaisir aux Débats d'Eurogip, mais je vois l'extraordinaire divorce qu'il y a entre les sachants qui viennent nous éclairer et nous apporter la bonne parole. S'il est vrai que le philosophe doit regarder haut et loin, il est tout aussi vrai que le politicien a une obligation de

résultat, et en matière de TMS, c'est le chef d'entreprise. Si chacun campe sur ses positions, je crois que ce sera perdu.

#### **Antonio CAMMAROTA**

La Commission a aussi à l'esprit la simplification.

Je suis d'accord avec vous sur le fait que dans le passé il y a eu des problèmes. Cela dit, il faut aussi tenir compte du fait que la machine législative communautaire, dans son processus de transposition nationale, est très complexe. Lorsqu'une directive est transposée dans la législation nationale il peut arriver que des éléments non compris dans la directive européenne soient ajoutés.

Le contrôle de l'application de la législation est également complexe. Le manque de ressources par exemple ne revient pas à la Commission mais aux États.

Je peux comprendre la méfiance de certains opérateurs sur le terrain mais il ne faut pas imaginer non plus que la Commission soit une sorte de divinité au-delà de la réalité.

La Commission a aussi des problèmes et essaie d'être le plus proche possible de la société. C'est la raison pour laquelle elle envisage toujours une analyse d'impact approfondie et systématique pour chaque initiative législative.

#### **Bernard LEVACHER**

Il ne faut pas oublier l'aspect social. En viticulture notamment, il y a une époque où toutes les vendanges s'effectuaient à la main, alors qu'aujourd'hui beaucoup se font à la machine. Si les contraintes imposées aux chefs d'entreprises pour se mettre en règle vis-à-vis des TMS sont onéreuses, il sera beaucoup plus rapide pour eux de faire le calcul de rentabilité en achetant une machine plutôt que de faire travailler des hommes. Ceci concerne aussi le secteur de l'arboriculture, l'horticulture, le maraîchage. Si le coût de mise en œuvre pour éviter les TMS est exorbitant, les agriculteurs se mettront ensemble pour trouver des solutions financières et inventer des machines pour remplacer l'homme.

#### **Laurent LECOIN**

Le décor a été planté au départ de manière synthétique et remarquable par les intervenants, qui ont d'emblée émis des réserves par rapport aux difficultés de l'exercice. Nous sommes partis sur des chiffres qui n'ont rien à voir avec l'épidémiologie. Il s'agit de comparaisons d'indicateurs de réparation.

En France, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a fourni des données sur la réalité des TMS en tant que pathologie, des données sur les facteurs de risques, etc.

Il ne s'agit pas de se battre sur la fiabilité des chiffres, mais de reconnaître la réalité du phénomène TMS. Beaucoup d'acteurs sociaux (salariés, employeurs) ont fait part du besoin de pilotes, d'observatoires, etc.

En matière d'études épidémiologiques, en dehors des études européennes évoquées, y a-t-il des organismes et des outils comparables à ceux existant en France ?

#### **Roland GAUTHY**

Je ne sais pas s'il y a des instituts qui ont le même statut que



celui de la veille sanitaire dans d'autres pays.  
Les données scientifiques sur les TMS sont importantes ; il y a quantité d'études et nous pouvons les communiquer.  
Beaucoup figurent sur le site [etui-rehs.org](http://etui-rehs.org).

#### **André HOGUET**

Les TMS constituent une préoccupation majeure. En plus des conditions de travail extrêmement pénibles, les salariés se plaignent de leur carrière, leur promotion, qui se traduit souvent par des baisses de salaire liées à des primes non octroyées.

La présentation de ce matin a surtout été axée sur une prévention passive. Nous pensons que l'évolution dans le monde du travail doit être la prévention anticipatrice et participative. Nous considérons que les salariés ne sont pas suffisamment associés dans les décisions d'organisation du travail ; ils subissent un peu trop la contrainte de l'employeur qui n'a pas toujours, de son côté, fait l'évaluation.  
Nous ne sommes pas attachés à des directives supplémentaires, mais nous considérons que celles qui existent doivent être en permanence adaptées pour répondre aux évolutions des situations.

#### **Infirmière du travail**

Je fais des formations de prévention dans les entreprises concernant les risques liés à l'activité physique : gestes et postures, modifications des postes de travail pour la santé et le bien-être des travailleurs.

La nouvelle législation est importante, car l'ancienne n'avait pas pris en compte tous les risques. Cela dit, il ne faut pas qu'elle annule tout ce qui a commencé à être mis en place sur le terrain. Il existe des méthodes et l'on commence à faire du bon travail. Mais il manque des employeurs motivés, qui comprennent que l'on a tout à gagner à prévenir les TMS, en termes de santé mais également de gains de productivité. Ceux-ci existent pour l'entreprise. Il faut que les employeurs aient envie de faire de la prévention et que l'on apprenne à travailler ensemble au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

#### **Marc HORWITZ**

Faut-il un texte plus contraignant que celui qui existe ?

#### **Infirmière du travail**

Ceci n'aiderait pas dans l'immédiat. Certains éléments n'apparaissent pas, l'infarctus par exemple, lié au stress, les risques psychosociaux, etc.

En termes de TMS, il y a déjà beaucoup et je serais déjà heureuse d'arriver à convaincre les employeurs.

#### **Roland GAUTHY**

À partir du moment où vous ne devriez plus convaincre les employeurs parce que cela fait partie de la bonne pratique imposée, une partie serait gagnée.

#### **Infirmière du travail**

La législation existante m'aide beaucoup.

#### **François PELLET**

Je ne suis pas favorable à plus de législation dans le domaine très complexe des TMS. Je ne suis pas sûr que de nouvelles normes arrangeraient beaucoup les choses.

Je me souviens d'études de postes, très médiatisées dans le monde entier, concernant les caissières de grandes surfaces. Malgré 15 ans d'études ergonomiques et d'améliorations dans le domaine, les TMS sont toujours aussi nombreux.

La Commission européenne a-t-elle réalisé un benchmarking sur ce qui a été mis en place dans les autres pays - États-Unis, Canada, Australie, Japon notamment - qui ont fait énormément de choses dans le domaine ? Disposent-ils de plus de législations ? Plus de prévention ? Quels sont les résultats ?

#### **Antonio CAMMAROTA**

Nous avons pris en considération ce qui existe au-delà de l'Europe, même si cela ne s'est pas fait de façon systématique. Un des exemples les plus intéressants est le projet d'intervention législatif fait par l'administration Clinton, qui a ensuite été rejeté et congelé.

L'approche législative n'est pas en conflit avec les interventions sur le terrain. Je pense que les deux approches doivent être prises en compte et coexistent. La législation peut constituer un point de repère général sur la base duquel les partenaires sociaux, les organismes nationaux peuvent intervenir pour cibler leurs interventions.

Il faut éviter de penser que la législation européenne peut résoudre tous les problèmes. Il est important que les partenaires sociaux, les autorités nationales comprennent que pour une bonne régulation, tous les acteurs doivent être impliqués ; pour cela, il faut une bonne coordination.

Des initiatives sont prises par la Commission dans ce sens pour impliquer les États ; des stratégies sont mises en place et la Commission a bien saisi que les directives européennes n'étaient pas suffisantes à elles seules.

#### **Marc HORWITZ**

Andrew Smith, pouvez-vous vous présenter ainsi que l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ?

#### **Andrew SMITH**

Je suis sociologue de formation et je travaille depuis 20 ans dans la communication : initialement dans le domaine de la science et la recherche, et depuis 2000 à l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao (Espagne).

L'Agence européenne a démarré fin 1996 et a pour vocation de collecter, d'analyser et de diffuser les informations relatives à la santé et la sécurité au travail au plan européen.

Notre mission est de contribuer à la prévention des risques professionnels et à la mise en place de lieux de travail plus sûrs, plus sains et plus productifs.

Nous avons trois grands champs d'actions.

Le premier consiste à anticiper les risques émergents et nouveaux. Dans cette logique, nous avons récemment mis en place un observatoire des risques. Ceci permet d'avoir des données au niveau européen ; il s'agit d'un travail délicat car



les choses ne sont généralement pas comparables. Nous essayons néanmoins d'identifier les grandes tendances et de les communiquer aux professionnels et aux décideurs. Notre second champ d'action est d'identifier et de collecter les bonnes pratiques, les solutions en matière de prévention, et de les partager à travers l'Europe.

Le troisième champ d'action est de faire passer le message. Ceci est compliqué dans une communauté comprenant 27 pays, et parlant 22 langues. Nous utilisons pour cela tous les canaux de communication possibles (site Web, publications, lettres électroniques, campagnes de sensibilisation).

L'Agence compte 60 personnes environ ; il s'agit d'un petit organisme et nous travaillons en partenariat et en réseau pour l'ensemble de nos activités (recueil d'informations, campagnes, etc.).

Notre Conseil d'administration comprend des représentants de tous les États membres de l'UE - des employeurs, des employés et du gouvernement - ainsi que de la Commission européenne.

#### **Marc HORWITZ**

En l'an 2000, votre première campagne portait déjà sur le thème des TMS. Pourquoi avoir choisi ce thème à l'époque ?

#### **Andrew SMITH**

C'était la première campagne de l'Agence européenne et effectivement la première sur les TMS.

Avant cela, des campagnes en matière de sécurité et santé au travail dirigées par la Commission européenne ont été déployées, mais elles ne portaient pas sur des thèmes précis.

L'Agence européenne ayant réfléchi au moyen de rendre les campagnes plus efficaces, via la prise en compte d'un thème précis. Nous avons donc cherché un thème compris et identifiable par les employeurs et les employés : ce fut les pathologies du dos.

#### **Marc HORWITZ**

Une seconde campagne sur le thème des TMS est en cours en 2007. Quels enseignements avez-vous tiré de la première campagne avant de vous lancer dans la seconde ?

#### **Andrew SMITH**

Beaucoup de choses ont changé entre 2000 et 2007, même si les TMS sont toujours très présents dans le monde du travail, et aussi la stratégie communautaire pour la sécurité et la santé au travail.

Nous essayons de rendre cette campagne un peu plus sophistiquée ; au lieu de cibler uniquement les troubles affectant le dos, nous avons privilégié une approche intégrée, avec trois éléments clés :

- la nécessité de mener un travail conjoint entre employeurs, employés et gouvernements,
- la prise en compte de la charge totale sur le corps, la charge physique, mais aussi la charge liée au stress, etc.
- la gestion par les employeurs du maintien dans l'emploi (réhabilitation et réinsertion).

#### **Marc HORWITZ**

Quels sont les supports médias, le dispositif mis en place pour la campagne 2007 ?

#### **Andrew SMITH**

Nous avons travaillé en partenariat pour multiplier les contacts. Il s'agit d'une campagne classique, mais stimulée par notre réseau ; nous essayons de l'élargir pour une diffusion du message à travers toute l'Europe.

#### **Marc HORWITZ**

Quels exemples pouvez-vous donner ? Certains de vos partenaires ont-ils déjà amorcé quelque chose sur les TMS ? Les nouveaux États membres sont-ils totalement intégrés ?

#### **Andrew SMITH**

Les nouveaux États membres sont impliqués dans la campagne, y compris la Turquie, la Croatie, même si ce n'est pas au même niveau.

Selon les chiffres (Europe des 15 en 2000 ou Europe des 27 aujourd'hui), les problèmes de TMS dans les nouveaux États membres sont plus importants que dans les anciens ; 40 % des employés dans les nouveaux pays membres doivent faire face à des problèmes liés aux TMS.

#### **Arnd SPAHN**

Nous avons rencontré l'Agence il y a six mois pour organiser des manifestations s'inscrivant dans le cadre de la campagne européenne 2007 consacrée à la prévention des TMS. Eurogip a organisé cette manifestation en référence également à la campagne organisée par l'Agence européenne. Nous avons informé nos organisations et demandé la mise en place d'activités nationales. Cette année, plus de quinze États membres y ont participé, avec l'édition de brochures en turc et croate. La semaine dernière nous avons eu une réunion tripartite en Bulgarie. Beaucoup de négociations ont eu lieu. La vie est un peu différente dans les nouveaux États membres, mais cela évolue.

Par ailleurs, l'Agence en 2007 n'est plus ce qu'elle était en 2000. Des initiatives innovantes ont été prises. La semaine dernière, 40 000 affiches ont été diffusées dans 29 pays, et le texte a été traduit dans 22 langues.

Plus l'Agence sera intimement liée avec les différents acteurs, plus elle pourra exercer son influence.

Il n'est pas facile d'organiser un observatoire européen sur 60 secteurs différents. Si l'Agence n'est pas en mesure d'apporter des réponses satisfaisantes aux questions posées, cela peut être en raison de la faiblesse du budget. Dans certains pays, il y a cinq fois plus de personnes qui travaillent au sein de l'agence nationale compétente par rapport à l'Agence européenne ! Dans le cadre de la campagne 2007, le besoin se fait aussi sentir de développer les choses et d'avoir des budgets plus importants.

#### **Marc HORWITZ**

Quel est le budget global de l'Agence européenne ?

### **Andrew SMITH**

Le budget global annuel de l'Agence européenne de Bilbao est de 14 millions d'euros. Il reste petit, mais nous travaillons en partenariat dans tous les domaines.

Il faut savoir que nous dépensons environ un million d'euros en traductions.

Une équipe de sept personnes travaille sur l'Observatoire du risque à Bilbao. Nous avons un contrat avec le consortium, dont l'Institut national pour la recherche et la sécurité (INRS) fait partie, et qui produit des analyses.

L'Agence ne comptera jamais 600 personnes. Nous souhaitons rester un petit centre pour coordonner les actions en partenariat avec les pays membres de notre réseau et travailler avec des spécialistes.

### **Marco BOTTAZZI**

Il faut avant tout mettre en place une harmonisation au niveau de la récolte des données. Et le recueil ne doit pas être basé uniquement sur les données des instituts d'assurance.

### **Antonio CAMMAROTA**

Nous parlons souvent du manque de fiabilité des données disponibles ; le problème relève du manque d'harmonisation des statistiques européennes.

Actuellement, un nouveau règlement est en cours de discussion sur ce point et cette initiative soulève des questions, des résistances et des critiques en raison du coût lié au changement. Mais si l'on souhaite travailler sur des données fiables, cela a un coût.

# Prévenir les TMS : quelles actions nationales/sectorielles pour quels résultats ?

## Intervenants

**Peter HASLE**, Senior Researcher, National Research Centre for the Working Environment, Danemark

**Monique FRINGS-DRESEN**, Professor & **Judith SLUITER**, Associate Professor, Coronel Institute of Occupational Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Pays-Bas

**Laurent WACK**, Ingénieur-conseil au département des risques professionnels, chef de secteur BTP, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Rhône-Alpes, France

**Dominique BEAUMONT**, Médecin spécialiste en santé au travail, Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Ile-de-France, France

**Jacques MINJOLLET**, Directeur, Les Institutions de la coiffure, Groupe AG2R, France

**Ernst KONINGSVELD**, Senior consultant, TNO Quality of Live, Pays-Bas

**Ingrid LEMPEREUR**, Ergonome, Kinésithérapeute, Service de santé au travail multisectoriel (STM), Luxembourg.

**Marc HORWITZ**, Animateur.

## Marc HORWITZ

En quoi consiste cet "Accord entre les syndicats de salariés et d'employeurs pour une stratégie de prévention des accidents dus à des gestes répétitifs" ? Quels résultats a-t-il donné ?

## Peter HASLE

Merci de me donner la possibilité de parler de l'expérience danoise en matière de prévention des TMS, en particulier ceux liés aux travaux et gestes répétitifs.

Avant de passer concrètement à l'accord mentionné, je souhaiterais parler des spécificités et de la difficulté du travail de prévention dans ce domaine. En effet, le travail répétitif fait partie intégrante de la technologie et de l'organisation du travail ; il est lié à la façon dont la technologie et l'organisation du travail ont évolué et ce n'est pas simple d'y apporter des améliorations. Les interventions ergonomiques classiques, l'optimisation du poste de travail par exemple, constituent une amélioration, mais n'éliminent pas pour autant le problème des gestes répétitifs.

Il est difficile par ailleurs d'élaborer des normes objectives pouvant ensuite être appliquées et mises en place par les autorités.

La prévention doit donc être intégrée dans le développement technologique et organisationnel à long terme. Ce principe est à la base du plan d'actions danois pour lutter contre les tâches répétitives.

Appliqué sur la période 1993/2000, l'accord repose sur une demande formulée devant le Parlement danois afin que celui-ci

réagisse à la problématique des tâches répétitives et des troubles qui en émanent.

L'accord signé avait pour but de réduire de 50 % les tâches répétitives et dangereuses sur une période de sept ans.

Chaque entreprise a eu l'obligation de réaliser un plan d'actions local et de le transférer au conseil sectoriel.

Au Danemark, et pour chacun des grands secteurs d'activités, des instances composées de représentants d'employeurs et de salariés examinent ce type de plans.

Les actions locales ont été appuyées par un certain nombre d'initiatives plus généralistes, financées par le gouvernement.

Un fonds d'investissement a ainsi été mis en place et du matériel pédagogique, des outils, des démonstrations, etc. ont été développés.

Même si l'échantillon est restreint, mais représentatif des différents secteurs où l'on trouve une grande prévalence des tâches et gestes répétitifs, le plan a permis de diminuer d'environ 20 % ces tâches. En fait, ce chiffre varie selon les secteurs. Dans les abattoirs par exemple, les résultats ont été inférieurs à cette moyenne.

Cela dit, le plan d'actions visait des résultats à long terme et il a porté ses fruits. On peut donc en conclure qu'il est possible de réduire les efforts liés à des tâches répétitives.

Des changements concrets sont apparus en associant l'automatisation et l'amélioration de l'organisation du travail ; l'on ne peut pas se contenter de travailler seulement sur le matériel, il faut aussi travailler sur l'organisation du travail. Il faut aussi que ceci s'inscrive dans un développement à long

terme, avec des actions conjointes sur une base du volontariat. Cela donne une légitimité à l'effort réalisé et permet de le positionner sur une bonne échelle de priorité. Il est aussi important que l'État mette la pression sur les différentes parties, employeurs comme syndicats, pour donner corps à l'initiative et montrer l'intérêt réel de l'accord. À l'issue de la période 1993/2000, l'Inspection du travail a mis en place des actions spécifiques dans les abattoirs, où les résultats les plus faibles avaient été enregistrés. Ceci a conduit à conclure un nouvel accord qui a permis des améliorations substantielles. Les tâches ont été réorganisées de telle façon que les employés aient au moins une journée sans utiliser le couteau. L'amélioration des résultats a été considérable, même si nous n'avons pas été en mesure de voir la diminution dans la prévalence des TMS déclarés en raison des règles d'indemnisation qui ont évolué sur la même période. Le taux de cas déclarés a aussi été plus important en raison de la prise de conscience accrue des médecins sur le sujet.

#### **Marc HORWITZ**

Par rapport aux objectifs visés, s'agit-il pour vous d'un succès ou d'un échec ? Les objectifs n'étaient-ils pas trop ambitieux ?

#### **Peter HASLE**

Effectivement, les objectifs étaient très ambitieux. Cela dit, il s'agit d'une réussite car le sujet était très difficile. A l'époque, aucune expérience antérieure n'existait sur ce que l'on pouvait attendre de ce type d'effort. Ceci a permis une plus forte implication des différents acteurs.

#### **Marc HORWITZ**

Mme FRINGS-DRESEN, pourriez-vous préciser ce qu'est le Coronel Institute aux Pays-Bas ?

#### **Monique FRINGS-DRESEN**

Il s'agit d'une division de l'Academic Medical Center. Nous effectuons des recherches médicales et proposons des traitements destinés aux patients souffrant de maladies professionnelles. Nous menons notamment des recherches pour étudier les possibilités de réinsertion professionnelle et essayons de mettre en place des actions lorsque la personne est atteinte de maladie professionnelle. Nous travaillons donc sur les traitements, mais également sur les conseils qui peuvent être apportés par les médecins du travail. Nous travaillons par exemple sur les facteurs de risques si la personne retrouve son ancien emploi.

#### **Marc HORWITZ**

Comment sont considérés les TMS aux Pays-Bas et quelles sont les grandes lignes de conduite mises en place pour les prévenir.

#### **Monique FRINGS-DRESEN**

Je souhaite revenir sur les critères utilisés pour définir certaines maladies professionnelles, notamment les

lombalgies. Pour déterminer leur caractère professionnel, nous avons commencé par des définitions générales ; cette approche a été financée par la Suède. Les Néerlandais conduisent des recherches avec des fonds venant de Suède, mais cela a permis de mettre en place des orientations internationales.

Nous avons également travaillé sur l'inventaire des facteurs liés au poste de travail, ainsi que sur un inventaire des probabilités des facteurs professionnels dans les TMS en tant que maladies professionnelles. Tout ceci est consigné dans le journal de médecine internationale.

L'approche pour dresser la liste des facteurs permettant de définir que la lombalgie est d'origine professionnelle est fondée sur des questions relativement simples. Trois facteurs de risques ont été définis : manutention, torsion ou flexion du buste et vibration ; s'ajoutent à cela les facteurs sociaux et la satisfaction dans l'emploi.

Ensuite, le médecin du travail doit établir une déclaration du caractère professionnel de la maladie. Pour cela, des critères étaient nécessaires. Aux Pays-Bas, employeurs et employés sont responsables de la prévention des maladies professionnelles dont un certain nombre fait déjà l'objet de déclarations, lombalgie et TMS des membres supérieurs notamment.

Qu'en est-il de l'efficacité des actions de prévention ? La lombalgie a diminué, mais le bien-être des travailleurs n'a pas augmenté.

Il est important d'affiner les critères pour que les résultats et les conclusions de la recherche soient plus efficaces.

Nous avons par ailleurs fait des ajustements, parfois très simples, pour améliorer le confort des travailleurs ; dans l'industrie du bâtiment par exemple, en ajustant la hauteur des positions au travail, des maçons notamment, nous avons constaté une diminution du temps de travail ainsi que de la fréquence et de la durée des bustes en torsion/flexion. Comment mettre en œuvre ces mesures sur les différents postes de travail ? Nous sommes convaincus de la nécessité d'une démarche participative pour la réussite de telles mesures.

La prévalence de la lombalgie est élevée et nous pouvons diminuer le problème par la mise en place de mesures efficaces.

Nous souhaitons également promouvoir la gestion de la santé dans les entreprises par des actions dont la mise en œuvre est très simple.

#### **Judith SLUITER**

Le travail répétitif peut entraîner des lésions et avoir des effets sur la qualité de vie des patients.

Nous avons réalisé des enquêtes sur les lésions attribuables au travail répétitif chronique auprès d'associations de patients. La plupart de ceux ayant des atteintes à long terme se plaignent généralement de douleurs à l'épaule et plus de la moitié d'entre eux ont des problèmes à la main, au poignet ou à l'avant bras ; la plupart ont également des problèmes dans le buste et les membres supérieurs et ceci retentit lourdement

sur leur qualité de vie et la perception qu'ils ont de leur efficacité au travail.

Il y a six ans, un projet à l'échelle européenne portant sur des critères de diagnostic des TMS a été élaboré sur la base de critères anatomiques, mais pas de la dimension professionnelle. L'Institut Coronel a donc intégré cette dimension avec l'aide d'experts de douze États membres de l'Union européenne. Ces critères ont été publiés dans plusieurs pays et ont été traduits en français, japonais, suédois, allemand, chinois, etc.

Les lésions attribuables au travail répétitif sont celles qui font l'objet du plus grand nombre de déclarations.

Nous avons aussi constaté une diminution du nombre de déclarations effectuées au cours des trois dernières années, et ce, en raison notamment du changement des critères de déclaration, les deux tiers des médecins du travail ne les effectuant jamais.

Par ailleurs, il y a eu la nécessité de déclarer de nouveaux cas. A cet égard, nous avons constaté qu'il y avait très souvent récurrence des TMS. Une fois que la personne a été victime de traumatismes ou de lésions, elle est sujette à en avoir d'autres par la suite.

Selon une enquête menée par un conseil chargé d'évaluer la santé au travail de certaines personnes, 70 à 80% des troubles diagnostiqués sont d'origine professionnelle.

Comment se passe le maintien dans l'emploi lorsque la personne est en congé maladie ou en régime d'invalidité ? Une étude a été effectuée et des essais réalisés ; elle montre que des mesures très simples peuvent être mises en place pour la réinsertion.

Avec le traitement, nous avons observé qu'il y avait moins d'incapacités et de plaintes.

Il y a aussi la prévention primaire des TMS affectant les membres supérieurs.

Certaines mesures ne sont pas efficaces, la modification des programmes de travail et de l'ergonomie par exemple.

Des recherches complémentaires ont du être conduites pour mesurer l'efficacité des mesures proposées.

Pour les personnes travaillant sur écran, de nouvelles mesures ont été proposées ; les tests en laboratoire ont permis de mesurer leur efficacité et d'apprécier la diminution du facteur de risques.

Cela dit, ce n'est parce que le facteur de risques diminue que les travailleurs ne se plaignent pas. Une seconde phase de l'étude devrait donc être conduite pour approfondir la première.

Aux Pays-Bas, énormément de conventions ont été signées, recoupant différents secteurs. Nous avons ainsi pu identifier les facteurs de risques par secteur. L'État a financé 50% de ces recherches, le solde étant à la charge du secteur concerné.

Pour les lésions attribuables au travail répétitif, les autorités locales, les banques, les architectes ont essayé de définir des objectifs visant à réduire les facteurs de risques. Ils ont également essayé de définir les populations cibles, les populations à risques.

Toutes ces actions conduites sur le terrain entre employeurs et

employés ont permis de tirer la conclusion qu'un certain nombre d'objectifs étaient trop ambitieux. Au terme de quatre ans, l'on avait réduit la population à risques ou les facteurs de risques, mais l'on n'avait pas forcément atteint les objectifs fixés pour le secteur.

Les objectifs initiaux étaient peut-être aussi trop ambitieux. Il faut aussi comprendre que la mesure n'a pas vraiment été mise en place correctement ; de fait, elle ne pouvait donc pas être couronnée de succès.

La plupart des conventions n'ont pas forcément eu recours à de bonnes études, des études bien conçues. Les comparaisons ont été difficiles et n'avaient parfois pas de sens.

Les actions ont donc été positives, mais je crois que l'on peut encore améliorer les résultats.

### **Marc HORWITZ**

Gérard MARIE a décrit ce matin le Réseau de la Branche "accidents du travail - maladies professionnelles" dont Laurent WACK est un des acteurs. Parlez nous de l'action que vous avez menée dans la région Rhône-Alpes.

### **Laurent WACK**

En 2004, un bilan des accidents du travail et des maladies professionnelles a été effectué dans le secteur du BTP, et notamment chez les couvreurs. Sur cette base, les partenaires sociaux du bâtiment ont décidé de lancer une action sur les risques de chutes de hauteur et les TMS chez les couvreurs. Le service prévention de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) a travaillé sur les deux thèmes, et plus particulièrement sur le second. En effet, il y avait parallèlement en région, une demande forte émanant d'une organisation professionnelle pour étudier les raisons pour lesquelles les salariés avaient mal au dos, étaient fatigués après certaines opérations et avaient un fort taux d'absentéisme.

La CRAM Rhône-Alpes a donc mobilisé ses techniciens conseils et s'est appuyé sur un ergonome interne. Nous sommes allés sur les chantiers pour observer dans sa globalité le métier de couvreur.

Deux tâches se sont rapidement dégagées comme étant préjudiciables : la dépalettisation et l'approvisionnement des tuiles sur le toit d'une part, la distribution et la pose de la tuile elle-même d'autre part.

Le film que j'ai préparé pour présenter notre action montre la situation telle que découverte initialement et une situation avec des solutions préconisées. [projection du film].

L'opération a consisté à mécaniser des tâches de travail. Des solutions ont été trouvées pour limiter les manutentions des paquets de tuiles depuis le camion sur le toit. Les salariés n'ont plus à soulever les paquets de 20 ou 25 Kg.

Un chariot de distribution roulant directement sur les lattes du toit a par ailleurs été développé.

Cela a été étudié avec les salariés ; notre souhait était de les intéresser et de les faire participer à la recherche des outils. Nous pensons sérieusement dans les CRAM que l'on ne peut

pas conduire d'actions si les salariés ne sont pas directement intéressés et impliqués dans la recherche et la mise en place de solutions. Quels que soient les dispositifs législatifs mis en place, on ne pourra pas les contraindre s'ils ne participent pas. Les outils tels que déployés ont été trouvés en Allemagne et en Italie ; ils sont distribués en France par des revendeurs de grues.

Le développement va se faire sur l'année 2008. Des articles sur les résultats de cette approche sont déjà parus dans la presse nationale à l'occasion de la Semaine TMS organisée en mars dernier. Un support pédagogique reste à construire. Ces outils seront accompagnés d'une campagne nationale auprès des autres CRAM, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et des organisations professionnelles, pour que chaque région puisse en faire la promotion.

Pour l'année 2008, nous avons proposé que les investissements en matériel (chariot distributeur et pince de manutention) fassent partie d'un dispositif existant au sein des CRAM, les campagnes "Outils plus sûrs".

Les CRAM pourront donc participer financièrement dans leur secteur, par le biais de subventions, à l'achat de ces outils de manutention.

Une pince de manutention coûte entre 1 250 et 1 500 euros et le chariot de distribution entre 800 et 1 200 euros. Il s'agit donc de solutions qui ne coûtent pas très cher par rapport aux gains générés, tant au niveau de la fatigue physique du salarié que de ceux pour le chef d'entreprise (gain de l'ordre de 20 % de temps sur la pose d'un toit).

#### **Marc HORWITZ**

Vous avez pu toucher les entreprises par l'intermédiaire de la CAPEB (Confédération des chefs d'entreprises du bâtiment). Est-ce que cela est important ?

#### **Laurent WACK**

L'intéressement des organisations professionnelles est un point fort des campagnes. Il est toujours possible de mettre en œuvre des actions de prévention dans une entreprise, nous le faisons tous les jours. Cela dit, notre problématique est de les démultiplier. Pour ce faire, une des volontés très fortement affichée est de travailler en réseau, c'est-à-dire d'intéresser des partenaires pour démultiplier les messages de prévention. La prévention, pour les TMS comme pour d'autres problématiques, ne peut se faire que par le biais de réseaux et d'un travail en partenariat.

#### **Marc HORWITZ**

Comment la CRAM d'Ile-de-France (CRAMIF) aborde-t-elle globalement la thématique de la prévention des TMS ? Quelles sont les actions que vous avez commencé à mettre en place ?

#### **Dominique BEAUMONT**

Laurent WACK et moi-même appartenons au même Réseau de la Sécurité sociale, Réseau prévention des risques professionnels. Pour ma part, mon rayon d'action s'exerce sur

la région parisienne, qui rassemble environ le quart des salariés français.

La prévention des TMS fait partie de nos priorités. Lorsque nous avons commencé à nous en préoccuper de façon proactive, il y a quelques années, nous avons débuté par le secteur de l'industrie, les équipementiers automobiles par exemple ; nous avons travaillé avec eux sur les gestes répétitifs, le travail à la chaîne, les TMS des membres supérieurs.

Nous avons ensuite élargi notre palette d'interventions et nos actions, en travaillant dans le secteur du BTP. Dans ce secteur d'activité, nous avons été confronté à une problématique différente par rapport aux TMS : dans le BTP, c'est le corps entier qui est sollicité, les membres supérieurs, le dos, les genoux...

Depuis peu, nous essayons d'axer particulièrement nos actions sur les activités de Services, notamment les services aux personnes. Il s'agit également d'une autre problématique : ce sont des facteurs biomécaniques, il y a des contraintes physiques, mais aussi et de plus en plus de facteurs organisationnels, des facteurs de temps, liés à la charge mentale, etc.

Dans ce cadre, nous avons beaucoup travaillé avec la profession hôtelière ; les prestations de qualité offertes sont liées au travail des femmes de chambres qui exercent un métier à fortes contraintes. Travailler à diminuer les contraintes physiques des femmes de chambre et à améliorer leur environnement de travail, c'est œuvrer à ce que les prestations répondent aux exigences de qualité des clients. C'est ce que certains établissements ont très bien réalisé. Mais force est de constater que nous arrivons difficilement à toucher les toutes petites entreprises (TPE), notamment en ce qui concerne les actions de prévention des TMS. Il s'agit d'actions à long terme, nécessitant un travail en coopération, en réseau, et nous n'avons pas toujours les clés, les accès aux partenaires et aux réseaux qui sont des promoteurs pour démarrer ce type d'action.

#### **Marc HORWITZ**

Vous avez pourtant mené une action exemplaire dans les métiers de la coiffure.

#### **Dominique BEAUMONT**

Effectivement, nous avons mis en œuvre une action pilote dans ce domaine, en travaillant avec la branche professionnelle, en créant des partenariats et en opérant avec des acteurs clés, tels que M. Minjolle des Institutions de la coiffure.

#### **Jacques MINJOLLET**

Un million de personnes par jour va se faire coiffer. La coiffure est la seconde branche artisanale de France ; elle comprend 69 000 employeurs de 120 000 salariés, soit 180 000 professionnels.

Cette branche s'est intéressée à la prévention, alors qu'elle n'est pas dans l'urgence.



Il y a quatre ou cinq ans, la politique de prévention a démarré sur les allergies respiratoires et cutanées et l'an dernier les partenaires sociaux (5 centrales syndicales et 2 organisations patronales) - qui au travers des Institutions de la coiffure, gèrent le système de retraites, prévoyance, décès, invalidité et maladies mutuelles - ont souhaité mettre en place une politique de prévention des TMS.

La difficulté essentielle reposait sur la communication. Dans un premier temps, nous avons fait appel à un ergonomiste, qui a étudié sur le terrain les positions des coiffeurs, les contraintes physiques et psychologiques associées. Les résultats de cette étude ont été présentés aux partenaires sociaux et ont permis d'aboutir à une politique de communication.

La difficulté est liée à la grande atomisation de la profession (60 000 salons de coiffure), répartis sur l'ensemble du territoire national et comprenant essentiellement des structures de deux ou trois salariés. Il s'agit aussi d'une branche professionnelle où l'âge moyen est de 30 ans et la population n'est pas toujours réceptive.

Cela dit, il s'agit d'une population motivée car tous les salariés ont mal au dos ou connaissent les risques de TMS.

Par ailleurs, il s'agit d'une branche formant 25 000 apprentis par an. C'est une grande chance, car ces jeunes ont été très sensibles à l'ensemble des informations qui leur ont été envoyées sur les TMS par le canal des Centres de Formation des Apprentis (CFA), des écoles privées, du corps professoral. Une autre grande force réside dans le fait qu'il n'y a pas de différences entre employeurs et salariés. Tous les patrons ont été apprentis / salariés avant d'être patrons. La problématique ne touche donc pas que les salariés, mais l'ensemble de la profession. De fait, la motivation de toutes les populations est très forte et celles-ci ont été particulièrement sensibles à ces actions.

#### **Marc HORWITZ**

Où en est-on de cette campagne ? Avez-vous des retours sur les recommandations effectuées ?

#### **Jacques MINJOLLET**

J'ai des retours de satisfaction liée à la brochure que nous avons élaborée. Je n'ai pas de retours scientifiques permettant de quantifier les résultats. J'espère que nous en aurons à travers la CRAMIF et les organismes officiels plus à même d'effectuer des mesures.

#### **Marc HORWITZ**

Pour quelles raisons la CRAMIF a-t-elle pris en charge cette thématique ?

#### **Dominique BEAUMONT**

C'est historique, lié à une volonté et à des rencontres. Pour travailler avec les branches professionnelles, il faut trouver les acteurs clés, créer des réseaux, saisir les opportunités qui se présentent ; il faut du temps pour cela.

Avec les Institutions de la coiffure, nous avons commencé à travailler sur le risque chimique, plus connu des coiffeurs que

le risque "TMS". Nous étions très désireux de travailler sur ce thème parce que cela pose de gros problèmes de santé et de maintien dans l'emploi pour la profession.

Nous nous sommes rencontrés, nous avons appris à nous connaître et presque naturellement nous sommes arrivés à vouloir travailler ensemble sur le thème des TMS, parce que ce c'est un vrai problème pour la profession. Les statistiques de Maladies Professionnelles chez les coiffeurs vont dans ce sens également : actuellement, chez les coiffeurs, 50 % des maladies professionnelles sont des TMS, ce n'était pas le cas encore en 2000 par exemple.

#### **Marc HORWITZ**

Nous espérons que ce taux de prévalence va chuter. Avez-vous des objectifs dans ce domaine ?

#### **Dominique BEAUMONT**

Nous ne nous sommes pas fixé d'objectifs quantifiés de cet ordre pour le moment. Notre objectif est d'avoir des retours positifs, de trouver des pistes d'actions, de développer des outils que la profession s'approprie.

#### **Marc HORWITZ**

Quelle est la règle de base pour prévenir les TMS dans un salon de coiffure ?

#### **Jacques MINJOLLET**

Le geste parfait n'existe pas. Le corps s'adapte. Cependant, les professionnels ont découvert qu'il y avait aussi des contraintes psychologiques. Dans certains salons par exemple, il y a des prises de rendez-vous et dans d'autres il n'y en a pas.

Il a été mis en exergue le fait que dans les salons où il n'y a pas de rendez-vous la pression était plus forte. Lorsque le coiffeur a une liste de rendez-vous, il organise sa journée autour du nombre de rendez-vous. La pression psychologique est nettement moins forte que lorsqu'il va devoir gérer au fur et à mesure les clients qui arrivent. Ceci génère un phénomène de TMS.

Par ailleurs, on a toujours l'impression que le coiffeur vous parle alors que c'est vous qui lui parlez. Il se donne à vous en permanence et ce toute la journée ; il fait en sorte que vous soyez unique. Cette perte d'identité constitue également une pression.

Il faut absolument préserver l'apprentissage, même si cela prend du temps et va à l'encontre du rendement. Cette perte d'apprentissage est une perte de savoir-faire qui a des conséquences en termes de TMS.

#### **Monique FRINGS-DRESEN**

Il est très difficile de mettre en place des mesures sur le lieu de travail. Pensez-vous que c'est une bonne solution de commencer au niveau des apprentis ?

#### **Jacques MINJOLLET**

J'en suis intimement persuadé. Un apprenti sur trois devient



chef d'entreprise ; lorsqu'il celui-ci a appris le métier, il a été formé sur les mêmes bancs d'école que celui des apprentis ; tout le monde est dans la même dynamique.

### **Marc HORWITZ**

Aux Pays-Bas, une action concerne plus particulièrement les services de nettoyage. M. Koningsveld, pouvez-vous nous dire pour quelles raisons les personnes employées dans ces services courent des risques ?

### **Ernst KONINGSVELD**

Il s'agit des personnes qui effectuent le nettoyage à l'intérieur des bâtiments, le nettoyage industriel, des hôpitaux, des transports publics, le nettoyage après une catastrophe, un incendie, ou encore les nettoyeurs de carreaux...

Pendant très longtemps, il y a eu très peu d'innovations dans ce secteur. Il s'agit d'un service très focalisé sur les prix. La seule possibilité pour l'employeur d'être compétitif est d'avoir des employés moins bien payés ou de réduire la fréquence du nettoyage ou encore de renforcer la productivité en faisant que les salariés travaillent plus dur.

Je ne pense pas que ces solutions trouveront beaucoup d'avis favorables au sein du présent auditoire ! D'autant que les tâches répétitives, les positions peu naturelles, les charges, la mauvaise conception ergonomique des outils, etc. posent quantité de problèmes.

Aussi un accord a-t-il été signé par les syndicats, les unions patronales et le gouvernement. Il s'agit d'une sorte de charte. Il y a sept ans environ, les autorités néerlandaises ont constaté que le coût des mauvaises conditions de travail était très élevé (environ 3% du PIB national). Cela comprend le coût des journées de congés, invalidité, etc.

Sur cette base, des accords ont donc été signés entre les organisations syndicales, patronales et le gouvernement, et ce dans différents secteurs. Dans le domaine du nettoyage, l'objectif était de diminuer l'absentéisme, de réduire la charge, d'améliorer la coopération avec les employeurs pour limiter le stress et améliorer la santé au travail.

Le budget total était proche de 60 millions d'euros, payé pour deux tiers par le secteur et un tiers par le gouvernement. Nous sommes un petit pays, avec 100 000 employés seulement dans le domaine du nettoyage.

Les entreprises de nettoyage importantes achètent des appareils de nettoyage mais s'attachent surtout à la fiabilité technique de l'équipement, au coût, et très peu à l'aspect ergonomique.

Des spécifications ergonomiques ont donc été ajoutées dans les chartes.

Tout cela a été testé par les différentes personnes intéressées, par les acheteurs également. Ceci a fait l'objet de publications et de traductions dans différentes langues.

Pour les personnes s'occupant du nettoyage des vitres, un certain nombre d'innovations sont arrivées sur le marché au cours des dernières années (nettoyage par membrane, tissus microfibrés, nacelles, etc.).

Une nouvelle tendance est ensuite apparue : le lave vitres avec

manche télescopique (15 mètres de hauteur maximum, eau déminéralisée). Ce système permet d'absorber la poussière facilement et ne laisse aucune trace.

Cela dit, les manches télescopiques sont très peu ergonomiques et posent des problèmes pour le cou et le dos.

Le secteur souhaitait savoir si ce genre de travail était acceptable et quelle était la nature du cahier des charges à suivre. Les employeurs ont donc demandé à TNO de faire une étude sur la question.

Nous avons considéré que beaucoup de parties pourraient être intéressées par ce genre d'étude : les travailleurs, les syndicats, les vendeurs d'équipements, les employeurs qui ont déjà investi dans des nacelles réglables, etc.

Nous leur avons donc demandé d'accepter par avance les résultats de l'étude conduite. Ce qui est assez inhabituel. Les acteurs se sont engagés par avance et nous avons développé des spécifications : un maximum de 13 mètres de hauteur, 4 heures/jour et 2 heures au-dessus de 7 mètres.

Pour les ergonomes, c'est un maximum. Interdire de nouveaux équipements ne correspond pas nécessairement à une bonne solution.

C'est ainsi que nous sommes arrivés à cet accord.

### **Marc HORWITZ**

L'accord a-t-il pris fin ou est-il toujours d'actualité ?

### **Ernst KONINGSVELD**

Toutes les chartes sont arrivées à leur terme cette année. La plupart d'entre elles portaient sur une période de 4 ans. Toutes ont dû faire l'objet d'une évaluation une fois arrivées à terme.

L'on souhaitait démontrer que les résultats étaient excellents, mais sur une période de 4 ans ce n'est facile. La première année est consacrée aux négociations sur les objectifs ; la deuxième correspond au lancement des activités, la troisième est l'année de l'exécution des activités et la quatrième celle du bilan et de la diffusion des résultats à l'ensemble du secteur. De fait, une période de 4 ans ne permet pas d'avoir des résultats aboutis. Nous savons que pour les bras télescopiques par exemple, 50% des employeurs ont indiqué accepter les résultats ; pour les machines de nettoyage, 90% ont indiqué qu'ils utiliseraient les spécifications et le cahier des charges à l'avenir.

### **Marc HORWITZ**

Une seconde étape est-elle prévue ? De nouvelles négociations vont-elles avoir lieu ?

### **Ernst KONINGSVELD**

Il y aura une certaine continuité. La plupart des secteurs considèrent qu'ils ont beaucoup travaillé pendant 4 ans et souhaitent passer à quelque chose d'un peu différent.

Le gouvernement a demandé à chaque secteur d'élaborer un catalogue d'actions pour améliorer les conditions de travail. Il s'agit en fait de reprendre les spécifications contenues d'ores et déjà dans la législation.

### Judith SLUITER

Je pense que l'élaboration de catalogues d'actions constitue une bonne initiative ; la définition des meilleures pratiques, des meilleures solutions ne peut être que positive.

### Marc HORWITZ

Peut-on espérer avoir ce genre d'accord en France, y compris avec une participation du gouvernement ?

### Dominique BEAUMONT

Je ne suis peut-être pas la mieux placée pour répondre à cette question. Je pense néanmoins qu'il est difficile de calquer une situation issue d'un autre pays.

Cette expérience a permis de mobiliser une profession difficilement mobilisable.

En France, beaucoup de personnes travaillent également dans des entreprises de propreté ; celles-ci génèrent aussi bien des risques chimiques que des risques de TMS et nous avons des difficultés à ce que les entreprises s'approprient des démarches de prévention, avec un engagement mesurable.

Pour que cela fonctionne, il faut une dynamique de mobilisation des différents partenaires. Tous les acteurs doivent être concernés.

### Peter HASLE

Ce qui s'est passé aux Pays-Bas ou au Danemark peut nous apprendre que pour mobiliser les parties prenantes il faut à la fois une action du gouvernement et une action intense au niveau des autres parties prenantes. Si l'on ne fonde ses activités que sur des actions volontaires, de la part des employeurs comme des salariés, les choses ne seront pas de grande ampleur et trop lentes à se mettre en place. Il est très difficile de mobiliser les personnes dans des activités lourdes. Il faut donc un mixte entre tous les partenaires, en y incluant les représentants gouvernementaux.

### Ernst KONINGSVELD

J'ai travaillé dans le domaine de la construction et employeurs comme salariés considéraient que le gouvernement était très puissant, avait un rôle de contrôle important et constituait la partie la plus puissante, et ce, malgré le fait du financement partagé.

### Marc HORWITZ

Mme Lempereur, pouvez vous nous faire part de votre expérience ?

### Ingrid LEMPEREUR

Au Grand Duché du Luxembourg, la médecine du travail n'est pas très ancienne : elle n'a que 10-15 ans d'existence. On y trouve les services propres aux entreprises, mais également les services interentreprises regroupés par secteur (hospitalier, bureaux, etc.) ainsi qu'un service spécifique pour les PME, regroupant un grand nombre d'activités (29 000 environ).

Nous avons un système informatique qui fonctionne vraiment

bien et dans lequel les médecins du travail peuvent facilement faire remonter les informations sur les risques de même que les problèmes qui apparaissent en consultations médicales, lors des visites médicales d'entreprises.

Trois secteurs sont donc apparus comme particulièrement touchés : les crèches, les soins et la manutention de charges. Le Service de Santé au Travail Multisectoriel (STM) a ainsi mis en place trois actions, initiées par les médecins du travail eux-mêmes.

### Marc HORWITZ

Vous avez notamment mis en place une démarche de prévention des lombalgies.

### Ingrid LEMPEREUR

Pour le risque de manutention de charges, nous avons mis en place une stratégie à compter de 2001. Trois niveaux de prévention ont été développés : la prévention primaire (pour les personnes n'ayant jamais eu mal au dos), la prévention secondaire (pour les personnes qui ont déjà souffert du dos mais de manière non invalidante) et la prévention tertiaire (pour les personnes souffrant de manière invalidante et répétée).

À partir de là, nous avons mis en place des formations : 1 jour pour la prévention primaire, 3 jours pour la prévention secondaire et 10 jours pour la prévention tertiaire.

En prévention primaire, la démarche est toujours initiée par l'employeur.

En termes de prévention secondaire et tertiaire, le médecin du travail détecte les personnes ayant des problèmes lors de ses consultations médicales et le mentionne à l'employeur. Il s'agit d'un consensus entre l'employeur et le médecin du travail.

L'approche que nous avons développée a été cofinancée par le Fonds Social Européen. Le salaire du travailleur en phases de prévention secondaire et tertiaire est totalement pris en charge et ne coûte rien à l'employeur.

### Marc HORWITZ

Par quels biais faites-vous connaître votre action ?

### Ingrid LEMPEREUR

La politique de communication repose sur le bouche à oreille et le discours des médecins du travail dans toutes les entreprises. Tous les secteurs d'activités ont ainsi été touchés. A chaque fois qu'un médecin rencontrait une personne ayant des problèmes, il lui en parlait même si l'employeur ne donnait pas son accord pour la formation. Il était au minimum sensibilisé.

### Marc HORWITZ

Allez-vous désormais chercher à mettre en place des actions concertées entre les différents acteurs, les partenaires sociaux notamment ?

### Ingrid LEMPEREUR

Nous arrivons aujourd'hui au bout du cofinancement du Fonds

Social Européen. Nous avons dû trouver d'autres moyens pour financer notre projet. Pour cela, des personnes ont travaillé pour que l'approche ne soit pas uniquement réservée au Luxembourg, aux PME et aux entreprises du STM.

Nous sommes en train de mettre au point une approche en concertation avec le ministre du Travail et l'Union des caisses maladie. Avec les 6 ans de recul dont nous disposons, les chiffres sont très encourageants.

#### **Marc HORWITZ**

En dehors des lombalgies, y a-t-il d'autres TMS concernés par des actions à l'ordre du jour ?

#### **Ingrid LEMPEREUR**

Nous avons mené deux autres actions : l'une dans les crèches, l'autre dans le domaine des soins à domicile. La démarche a été différente, même si les remontées ont été faites par les médecins du travail.

Nous avons essayé d'élaborer un guide pratique de prévention des TMS, et de lombalgies en particulier. Pour cela, nous avons effectué une étude dans 15 crèches. Il s'agissait d'un dépistage participatif des risques. Toutes les travailleuses sont intervenues pour participer à l'évaluation des risques et à la recherche de solutions. Le recueil d'informations effectué dans les quinze crèches a été mis en commun, enrichi des connaissances des médecins du travail, de notre service, et de la littérature existant en la matière. A partir de ces éléments, nous avons élaboré un guide de bonnes pratiques qui a été relu par douze autres crèches, pour apprécier si le langage utilisé était adéquat, compréhensible et pouvait susciter de nouvelles idées.

#### **Débat avec la salle**

##### **Médecin rhumatologue**

Je suis médecin rhumatologue à Lyon, mais aussi un médecin de soins et je fais des recherches depuis 15 ans sur le mal de dos.

Il est vrai qu'il est très important de faire la prévention pour éviter que les TMS n'apparaissent ; l'on sait néanmoins qu'ils existeront malgré tous les efforts réalisés. Il est donc très important qu'il y ait un deuxième niveau de prévention : lorsque les TMS existent, il faut éviter qu'ils se "chronicisent".

Depuis 15 ans au moins, nous assistons à ce phénomène. Une action précoce, non pas pour maintenir un emploi mais pour faire en sorte que les personnes retournent au plus vite dans les meilleures conditions au travail, est fondamentale.

L'action de prévention sur les conséquences doit être prise en compte et tous les acteurs doivent y contribuer et être en interdisciplinarité (secteur du travail, entreprise, institutions, secteur du soin).

Tout le monde s'accorde - cela est scientifiquement prouvé depuis longtemps - sur un délai moyen de 6 à 8 semaines. Plus le temps passe, plus la probabilité de retour au travail est faible : 15 à 20 % à un an, 40 % à 6 mois.

Selon une étude récente, lorsque la perte d'emploi existe, moins de 50 % de la population retrouve un travail.

De fait, l'action précoce des conséquences cliniques des TMS est très importante et fondamentale.

#### **Monique FRINGS-DRESEN**

C'est une excellente remarque. Je pense qu'il est très important de démarrer très tôt les actions de reprise au travail. Aux Pays-Bas, dans les 6 semaines suivant le congé maladie, l'employeur doit établir un plan avec les actions pouvant être menées dans les semaines à venir pour une reprise rapide. Il peut s'agir d'une adaptation du poste de travail, mais aussi d'une action de formation ou de la possibilité d'avoir un autre poste.

#### **Pascal JACQUETIN**

Il est possible en France de mettre en place des accords tripartites sur la prévention. Des exemples existent sur les cancers professionnels et ceci peut s'appliquer également aux TMS.

Dans ce domaine précisément, une importante démarche professionnelle est conduite dans la grande distribution ; elle a certes été impulsée au départ par les pouvoirs publics (l'an dernier), mais par la suite toute la profession s'est mobilisée.

Suite à une étude, les professionnels de la grande distribution et les partenaires sociaux de la Branche "accidents du travail - maladies professionnelles" de la Sécurité sociale se sont engagés sur un plan ambitieux donnant lieu à la signature de chartes entre la CNAMTS et certaines grandes enseignes.

# Maintenir les victimes de TMS dans l'emploi

## Intervenants

**Bertille ROCHE-APAIRE**, Médecin conseil à la mission médicale, Direction des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, (CNAMTS), France

**Dr. Jur. Friedrich MEHRHOFF**, Director of rehabilitation strategies, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Allemagne

**Patricia O'NEILL**, Group Health Services Manager, Centrica, Grande-Bretagne

**Patrick STRAUSS**, Conseiller général, Fonds des maladies professionnelles (FMP), Belgique

**Frank CUNNEEN**, Chairman of the Workplace Safety Initiative, Irlande

**Marc HORWITZ**, Animateur

### Marc HORWITZ

Quelles personnes le salarié atteint de TMS va-t-il rencontrer ?

### Bertille ROCHE-APAIRE

Un salarié atteint de TMS va rencontrer de nombreuses personnes au cours de sa pathologie, à commencer par des acteurs du monde de la santé : médecin traitant, rhumatologue, chirurgien, masseur kinésithérapeute, médecin rééducateur, etc.

Il va également rencontrer des acteurs du monde de la protection sociale : le médecin-conseil, des agents administratifs des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), une assistante sociale, des spécialistes de prévention des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM).

Il va rencontrer aussi des acteurs du monde de l'entreprise : médecin du travail, employeur, collègues etc.

Tous ces acteurs vont lui tenir un discours très différent, et parfois même contradictoire, sur les possibilités de reprise du travail. Tout ceci est très déroutant pour la personne.

### Marc HORWITZ

Comment va-t-il s'en sortir ? Quelle est la bonne voie ?

### Bertille ROCHE-APAIRE

La CRAM Normandie a financé une étude sous forme d'entretiens individuels auprès de patients atteints en 2003 d'un TMS des membres supérieurs (poignet ou épaule). En 2005, nous leur avons demandé ce qui avait été important dans leur parcours et comment ils avaient pu reprendre leur travail.

Pour trois personnes sur quatre, la conjonction de leur volonté de travailler et de l'aide du médecin traitant est à l'origine de

leur maintien dans l'emploi.

Ils sont reconnaissants à l'égard de leur médecin traitant de l'aide apportée au diagnostic ainsi que de la prescription d'arrêts du travail, notamment pour ceux atteints d'une pathologie de l'épaule, pour lesquels les phases alternant les périodes de repos et d'activité ont été efficaces.

Ils reconnaissent également à leur médecin traitant l'aide apportée dans l'orientation du système de soins, ainsi que dans le fait d'avoir effectué une déclaration en maladie professionnelle.

Un tiers des patients considère que c'est le médecin du travail qui a été à l'origine de la possibilité de continuer leur travail.

Le médecin du travail a eu un rôle d'alerte important en prévenant le médecin traitant ; c'est grâce à cela que le patient a été pris en charge par son médecin traitant.

Pour aucun des patients, l'assurance maladie, le médecin-conseil, les services des CPAM ou de la CRAM et l'employeur n'ont joué un rôle prépondérant dans le maintien dans l'emploi.

### Marc HORWITZ

N'y a-t-il pas en France une certaine normalité à s'adresser à son médecin traitant ?

Qu'en est-il des outils dont disposent les autres acteurs cités pour aider le salarié dans sa démarche de maintien dans l'emploi ?

### Bertille ROCHE-APAIRE

Il y a effectivement des outils partagés avec le médecin du travail, le médecin traitant et le médecin-conseil.

La visite de pré reprise constitue un de ces outils. Elle est prévue dans le Code du Travail et est effectuée par le médecin du travail.

Il y a aussi la reprise indemnisée d'un travail léger (mi-temps thérapeutique) prévue dans le Code de la Sécurité Sociale, avec une disposition particulière pour les patients atteints, qui s'inscrit dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Le 3e outil est plus récent ; il s'agit de la mise en place d'une cellule locale de prise en charge des patients pour lutter contre la désinsertion professionnelle. Cette cellule regroupe toutes les forces de l'assurance maladie au niveau de chaque caisse primaire, avec un représentant du service médical, un représentant des agents des caisses, du service administratif des caisses et un représentant du service social.

#### **Marc HORWITZ**

Pouvez-vous préciser ce qu'est la visite de pré reprise ?

#### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Cette visite est prévue dans le Code du Travail et est réalisée par le médecin du travail au cours de l'arrêt de travail. Elle peut être demandée par trois personnes : le salarié, le médecin traitant ou le médecin-conseil.

Elle est différente de la visite de reprise et il y a souvent confusion entre les deux. Les patients hésitent à demander une visite de pré reprise parce qu'elle est assimilée à une visite de reprise. Mais le Code du Travail précise bien que les deux visites peuvent être réalisées.

Cette visite de pré reprise est une sorte de "rendez-vous conseil" entre un assuré salarié en arrêt de travail et le médecin du travail pour discuter à distance de la reprise, de ce qui serait nécessaire pour une reprise sereine : aménagement du temps, formation, mutation, etc.

#### **Marc HORWITZ**

Au Luxembourg, il a un autre acteur dans la visite de pré reprise ; c'est l'employeur. Ceci n'existe pas en France.

#### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Cela serait souhaitable, mais à ma connaissance cela ne se fait pas. Il est possible que cela se fasse à l'avenir.

En Bretagne, les caisses primaires favorisent la visite de pré reprise ; elles informent les assurés de son existence, envoient des brochures, mettent des affiches, etc. L'assurance maladie est motrice dans cette démarche. Elle invite les assurés à la demander et à s'y rendre.

#### **Marc HORWITZ**

Qu'en est-il du temps partiel thérapeutique ?

#### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Nous disons "mi-temps thérapeutique". Dans la législation du risque accident du travail et maladie professionnelle (AT-MP) cela s'appelle "Reprise indemnisée d'un travail léger". Il s'agit d'une possibilité pour l'assuré de percevoir des indemnités journalières, pour tout ou partie de ce qu'il percevait en arrêt, alors qu'il reprend un travail léger. Cette disposition est issue du Code de la Sécurité Sociale ; elle

montre qu'il est parfois très important et favorable pour la guérison ou la consolidation des lésions, de reprendre une activité professionnelle avant la fin officielle de son arrêt de travail.

Il s'agit souvent d'un mi-temps thérapeutique, avec des possibilités d'organiser ce mi-temps.

Pour en disposer, cela doit être prescrit par le médecin traitant sur un formulaire d'arrêt de travail ; il faut aussi l'accord du médecin-conseil, du médecin du travail et de l'employeur. Ce principe est peu utilisé : l'an dernier, sur 740 000 personnes ayant eu un arrêt de travail indemnisé (maladie professionnelle ou accident du travail), 12 000 seulement (- de 2 %), ont bénéficié du mi-temps thérapeutique. C'est dommage.

#### **Marc HORWITZ**

En quoi l'expérimentation en Bretagne et en Normandie est-elle novatrice ?

#### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Nous nous sommes rendu compte qu'il était nécessaire d'utiliser tout l'arrêt de travail pour essayer, le plus précocement possible, de favoriser la reprise.

Nous avons été interpellés par le fait que nos assurés considéraient que l'on était très peu moteur dans la reprise du travail. Nous avons donc essayé de conjuguer nos efforts en interne. De fait, une formation commune a été organisée pour tous les intervenants du service médical, du service social et du service administratif des caisses primaires. Cette formation portait sur le thème de la lutte contre la désinsertion professionnelle (formation sur les aspects psychologiques, sociaux, législatifs, etc.).

Une méthodologie de lutte contre la désinsertion a également été développée, celle-ci prônant une prise en charge la plus précoce possible.

Cette formation a eu lieu en Bretagne début octobre et sera ensuite développée en Normandie.

Les personnes formées participeront à leur tour à des cellules départementales contre la désinsertion et seront les référents en la matière.

Ces cellules seront mises en place le 25 octobre en Bretagne, puis en Normandie. Une évaluation sera effectuée en 2008. Si le résultat est positif, nous essayerons de généraliser ces cellules à l'ensemble des caisses primaires.

#### **Marc HORWITZ**

Ces cellules s'adressent-elles uniquement aux personnes atteintes de TMS ou à toutes celles atteintes de maladies professionnelles ?

#### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Cela s'adresse à tous les patients atteints d'un TMS, mais également à ceux victimes d'un accident du travail ou atteints d'une maladie professionnelle avec risque de désinsertion. Cela peut même concerner les patients en arrêt de travail dans "le risque maladie".

### **Marc HORWITZ**

Quel est l'objectif de la mise en place des cellules ?

### **Bertille ROCHE-APAIRE**

Il s'agit d'avoir un langage commun et une formation commune vis-à-vis des assurés, de porter le message de la prise en charge la plus précoce possible des patients et de l'utilisation de l'ensemble de l'arrêt de travail pour être actif et prévenir la désinsertion.

### **Friedrich MEHRHOFF**

Je représente l'assurance allemande légale contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, laquelle considère que la réhabilitation est une forme de prévention ; la réinsertion également.

En tant qu'assureurs, nous pensons que la réinsertion doit venir avant l'indemnisation. Nous sommes aussi préoccupés par l'aspect financier. Il faut aussi qu'il y ait des programmes de réinsertion professionnelle pour les travailleurs. Tous ces aspects sont très importants pour nous, caisse d'assurances.

Au plan européen, nous sommes l'un des rares assureurs qui travaillons à la fois sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, la santé, la sécurité, le traitement médical, la réinsertion. Dans les autres pays, les caisses d'assurance ne s'occupent généralement pas de l'ensemble de ces problèmes.

### **Marc HORWITZ**

L'organisme que vous représentez est-il un organisme public ?

### **Friedrich MEHRHOFF**

La Fédération d'assurance sociale accident que je représente est une organisation d'employeurs et d'employés, qui n'est pas gérée par l'État. Il s'agit d'un système par répartition et l'organisme couvre le secteur privé et le secteur public.

Différents acteurs agissent dans le domaine de la réinsertion professionnelle, tout comme dans celui de la prévention. A notre sens, ce qui est très important, est d'impliquer tous les acteurs dans la réinsertion. Il s'agit d'une gestion au cas par cas, cristallisée autour de cas particuliers.

Il est de fait très important d'avoir un réseau impliquant l'ensemble des parties prenantes. Parmi celles-ci, il y a l'employeur. Celui-ci a autant d'importance dans la réinsertion que dans la prévention.

En Allemagne, nous faisons en sorte que la gestion des cas s'effectue sur le terrain, au plus proche du lieu de travail. Ainsi, dès qu'une personne sort de son environnement de travail, elle contacte son employeur pour lui demander quelles sont les possibilités de retrouver son poste. Le contact avec les employeurs est donc très étroit.

Nous y associons également d'autres prestataires de services, par exemple en ce qui concerne les traitements aigus ou les services de réinsertion professionnelle, de formation. Tous les employés, même ceux en situation d'incapacité, ont la garantie d'avoir un guichet unique.

Dans notre branche "assurance", nous associons plusieurs prestataires dans le traitement de chaque dossier.

Je voudrais insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de parler de "victime". Cela correspond à un rôle passif et nous pensons que ce terme est erroné, car il a des connotations sociologiques qui ne conviennent pas. Nous souhaitons que les personnes aient un rôle plus actif dans la prévention. Il est important de les motiver, de les persuader et de les convaincre que la reprise du travail est importante. Si elles ne sont pas motivées pour reprendre l'activité professionnelle, il y a peu de chances de parvenir à les aider.

### **Marc HORWITZ**

Derrière ces problèmes de lexicologie liés notamment à l'utilisation du terme "victime", comment se déploient les grandes lignes de votre stratégie ?

### **Friedrich MEHRHOFF**

Notre philosophie est avant tout de passer par la prévention, la réhabilitation passant avant l'indemnisation. Notre démarche est surtout basée sur la prévention visant à la réinsertion professionnelle. Ceci correspond également à la stratégie de certains autres pays européens.

En 2010, 50 % des employés "seniors" doivent être maintenus dans leur emploi. Il s'agit d'un objectif commun au niveau européen. Dans ce cadre, nous avons besoin de stratégies combinant la prévention et la réinsertion professionnelle. Nous souhaitons persuader les employés du fait qu'ils peuvent rester dans l'emploi occupé avant l'arrêt maladie.

### **Marc HORWITZ**

Vous avez porté une attention particulière sur les personnes vieillissantes ainsi que sur l'incidence du vieillissement sur les personnes au travail et sur les maladies professionnelles engendrées. Quelles sont les méthodes et stratégies développées pour ces personnes ?

### **Friedrich MEHRHOFF**

Nous souhaitons pouvoir associer nos objectifs à ceux de la branche "assurance". Pour cela, nous travaillons avec tous les partenaires, sur les projets régionaux par exemple.

Nous ne sommes pas tenus de nous concentrer exclusivement sur les liens de causalité, c'est-à-dire les indemnisations. Si tel était le cas, nous ne pourrions pas mettre en place une stratégie de choix. Nous avons besoin de partenaires stratégiques : les employeurs, les employés et les personnes plus âgées. Nous sommes l'un des experts pour maintenir les personnes dans leur fonction.

Je ne peux qu'encourager les autres compagnies d'assurances en Europe indemnisant les accidents du travail et les maladies professionnelles à investir dans la prévention et les programmes de réinsertion.

### **Marc HORWITZ**

Quel est le rôle des experts en gestion des incapacités que vous formez ?



## Friedrich MEHRHOFF

Nous soutenons la gestion des incapacités dans le cadre du maintien au travail. Il s'agit d'un processus de réinsertion professionnelle qui implique à la fois les employés et les employeurs ; ceci est très important.

Ceci implique des compétences en matière de gestion des incapacités. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons former ces experts afin qu'ils puissent encourager le retour au travail.

Un programme de formation international existe pour cela. En Allemagne, il y a environ 500 experts de ce type. Ils détectent les besoins des entreprises pour gérer l'incapacité et mettre en place des mesures de réinsertion.

Un processus d'audit peut dans ce cadre être conduit. En tant qu'assureur, nous pouvons accorder des réductions sur primes d'assurances. Dans cette logique, il serait souhaitable que des normes européennes - normes consensuelles employeur / employé - soient mises en place.

Au niveau de la démarche européenne, cette idée va faire son chemin car elle se base sur un accord entre les partenaires sociaux.

## Marc HORWITZ

Mme O'NEILL, pouvez-vous nous présenter votre société Centrica ?

## Patricia O'NEILL

Centrica est l'une des principales compagnies énergétiques au Royaume-Uni, qui travaille sur les marchés de l'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale. Les effectifs sont de 30 000 personnes, dont 9 000 ingénieurs.

Au cours des six dernières années, il est clairement apparu que nous devons proposer des services proactifs. Comment sommes-nous passés de la réaction à l'action ?

Nous nous sommes intéressés aux TMS, qui sont une des principales causes de congés maladies et d'arrêts de travail. Grâce à l'étude de l'ensemble du cycle parcouru par un employé à partir du moment où il franchit le seuil de la porte jusqu'au moment où il quitte son travail le soir, nous avons pu identifier les problématiques de santé et sécurité au travail. Les données provenaient des médecins du travail, d'initiatives personnelles, des informations disponibles sur les maladies et les arrêts de travail. L'implication des employés est très importante.

Nous avons constaté, au travers des données 2002, que des personnes passant par le cycle médical (visite d'un généraliste, diagnostic, puis kinésithérapeute) revenaient au bout de 12 mois et refaisaient le cycle complet. Et il nous a semblé, outre une mauvaise gestion de l'intervention, que les employés étaient trop passifs face à celle-ci. Aujourd'hui, nous faisons davantage participer les employés au processus, afin qu'ils s'impliquent pleinement.

Nous sommes intéressés non seulement par le diagnostic, mais aussi par la fonctionnalité. Très souvent, les personnes sont étiquetées via le diagnostic et cela induit une influence sur le comportement adopté.

Aussi avons-nous mis en place un programme d'opérations ciblées pour encourager les employés à la reprise du travail. Sachant qu'un ingénieur formé a un impact sur dix clients, ce qui est énorme, l'absence de l'un d'eux est lourde de conséquences. Nous avons donc besoin de maintenir les employés au sein des effectifs.

C'est pourquoi, il y a une forte volonté dans l'aide apportée à la personne pour retrouver son poste.

Toutes nos interventions sont financées par le budget de l'entreprise ; rien n'émane des fonds publics. Les interventions doivent non seulement répondre aux besoins en termes de santé des employés, mais également à la logique économique interne du budget de l'entreprise. La reprise du travail doit se faire dans des délais assez courts et la solution doit être durable.

Notre programme a été mis en place sur six ans. Il va des soins primaires aux soins secondaires et tertiaires, sur du long terme. Nous veillons à prendre en compte les antécédents des personnes. Un bilan est ainsi effectué par un kinésithérapeute avant l'arrivée au poste de travail afin que l'équipement de travail soit adapté et que la formation reçue soit adéquate. Il est important d'avoir un diagnostic précoce, un traitement précoce et de s'assurer du choix du traitement pour la reprise du travail.

La mise en œuvre du concept demande énormément d'énergie. Il y a parfois besoin de consulter d'autres entreprises, d'autres secteurs, pour comparer, générer de nouvelles idées avant de généraliser. Il est très important que la direction au plus haut niveau soit impliquée.

Pour soutenir les entreprises, il faut que cet outil soit utilisé comme un outil de gestion des risques et non pas comme un miracle médical.

La médecine du travail joue un grand rôle dans l'élaboration du programme. Celui-ci doit cadrer avec les objectifs budgétaires. Nous cherchons à ce que l'employé revienne au travail le plus tôt possible. Si les employés sont heureux, ils sont plus productifs. Il y a moins de risques d'usure, il n'y a pas besoin de recruter, de reformer, etc. C'est important lorsque l'on sait que pour former nos ingénieurs, il faut compter un an environ, soit un coût est de 6 000 livres. La perte d'un ingénieur est énorme. La Direction a besoin de personnes stables.

Si l'employé est en congé maladie, l'employeur doit payer une partie des soins de santé. Et si le kinésithérapeute par exemple n'est pas couvert par le régime général, l'employeur doit payer 30 % de taxes en sus.

Nous avons aussi essayé d'évaluer les raisons de telle ou telle prescription et diagnostic. Si la maladie n'est pas liée au métier, une exonération fiscale est mise en place.

Les résultats montrent une amélioration par rapport aux données du Health and Safety Executive (HSE). La prévalence de TMS est nettement inférieure à Centrica qu'ailleurs au Royaume-Uni.

Notre programme de dépistage fonctionne bien. Les nouvelles recrues qui arrivent ont un bilan de santé avant qu'elles n'assument leurs fonctions d'ingénieurs.

Cet outil d'évaluation est très bon ; nous recrutons environ 500



ingénieurs/an et moins d'1 % reviennent en médecine du travail en raison des TMS.

Nous conduisons des programmes d'intervention financés depuis huit ans maintenant ; 75 % d'entre elles coûtent moins de 5 000 livres et 85 % moins de 1 000 livres. 80 % des employés reprennent leur poste.

Il y a aussi des kinésithérapeutes internes ; 70 % des personnes qui les fréquentent ne sont pas en congés maladie. Nous avons également des "ateliers après-vente", qui font partie du succès du programme sur 2007. Après avoir participé à ces ateliers, 73 % des personnes ne sont plus en congés maladie.

À l'avenir, nous utiliserons nos outils de soins de dos et du genou, donnant des conseils de santé pour éviter les souffrances.

Nous utiliserons aussi une kinésithérapie de "triage" : la personne en souffrance pourra joindre le kinésithérapeute par téléphone pour avoir des conseils. Si ceux-ci s'avèrent suffisants au bout de quelques jours, la personne pourra aller directement chez le kinésithérapeute. Mais nous avons pu constater que souvent, grâce à la ligne téléphonique, l'employé n'avait pas besoin de ces visites.

Les employés apprécient beaucoup le fait d'avoir des conseils immédiatement.

Nous savons que nous pouvons réparer les lésions et encourager à la reprise du travail.

Notre nouveau programme doit permettre d'inscrire cet objectif dans la durée.

#### **Marc HORWITZ**

En quoi le travail effectué par l'entreprise est-il exemplaire dans le cadre existant britannique ?

#### **Patricia O'NEILL**

Au Royaume-Uni, seuls 3 % des travailleurs ont accès au système de santé au travail. Le système de santé a décidé de financer les interventions pour diminuer les pertes de jours travaillés. Le financement doit avoir un coût adapté. Les données montrent qu'avec nos interventions, il est possible de faire en sorte que les personnes reviennent au travail.

#### **Marc HORWITZ**

Êtes-vous suffisamment exemplaire pour que d'autres entreprises viennent vous demander conseil ? Votre modèle est-il transférable dans les grandes entreprises ?

#### **Patricia O'NEILL**

Notre modèle n'est pas parfait, mais il marche pour nos salariés. Notre souci est de faire en sorte que le niveau de service pour les salariés soit le même en Écosse ou en Cornouailles, qu'il y ait un accès équitable aux soins. Beaucoup de sociétés examinent ce que nous pratiquons et en tirent des enseignements.

#### **Marc HORWITZ**

En Belgique, la législation autorise depuis quelques mois le

Fonds des Maladies Professionnelles à conduire des actions de prévention secondaire de la lombalgie. Est-ce à la suite d'un projet pilote mené auprès des personnels soignants que ces textes ont été adoptés ?

#### **Patrick STRAUSS**

En 2005, nous avons commencé une action spécifique auprès du personnel soignant ayant traité la prévention secondaire des maux de dos.

Il s'agit d'une action qui concerne le personnel soignant en arrêt de travail entre 4 semaines et 3 mois, ou entre 1 semaine et 3 mois suite à une rechute.

Nous avons ciblé sur cette période car nous considérons que c'est suite à un arrêt de travail de cet ordre de grandeur que les chances de reprise sont les plus grandes.

Ce projet pilote était initialement prévu sur un an et a été prolongé d'un an afin d'en effectuer une évaluation.

Des accords ont été pris avec des centres de réadaptation ; actuellement, 43 centres couvrent la Belgique.

Lorsqu'une personne est en arrêt de travail pour des maux de dos, le projet prévoit que si elle adresse une demande au Fonds des Maladies Professionnelles, associée de la signature du médecin du travail attestant que la personne est exposée à des charges lourdes ou à des vibrations mécaniques, celle-ci sera alors d'office inscrite au programme du centre de réadaptation, et ce, sans frais.

En Belgique comme en France, une personne qui doit subir des soins doit partiellement y contribuer. Ceux-ci ne sont pas totalement gratuits.

Dans ce programme, le Fonds des Maladies Professionnelles rembourse la partie non remboursée par l'assurance maladie invalidité (ticket modérateur) et prend également en charge les frais de déplacements.

En sus, nous avons souhaité initier dans ce projet la collaboration entre des personnes qui n'ont pas vraiment l'habitude de cette pratique, à savoir les médecins du travail, les médecins généralistes et les médecins spécialistes des centres de réadaptation.

C'est la raison pour laquelle, dans la convention signée avec les centres, il a été demandé aux médecins spécialistes d'avoir un contact avec le médecin du travail.

Les centres de réadaptation ne proposent pas seulement un aspect curatif, mais également des connaissances physiologiques, kinésiophobie et ergonomiques.

La première année du programme a fait l'objet d'une évaluation et cela a conduit à sa généralisation. La seconde année est en fin d'évaluation.

La première année a été un demi-succès, même si sur le plan de l'efficacité, le succès a été total : 79 % de reprises du travail ont été observées à moins de la moitié du traitement (traitement total de 36 séances maximum, 2 heures/séance) et 98 % de reprise à la fin du traitement.

Cela dit, le nombre de participants a été relativement limité (120 personnes).

Depuis que le programme est généralisé à l'ensemble des secteurs économiques (été 2007), nous espérons avoir un

taux de participation beaucoup plus important. L'évaluation a été faite sur la base d'une part, d'un rapport établi par le médecin spécialiste du centre de réadaptation mettant en avant l'état de santé de la personne et la reprise ou non de travail. D'autre part, nous avons pris contact directement par téléphone avec les personnes ayant suivi le programme pour recueillir leur avis.

## Débat avec la salle

### Une intervenante

Je travaille pour un GIE de services sociaux interentreprises et je suis coordinatrice nationale pour le service d'action sociale du FAST (Fonds d'Action Social du Travail temporaire).

Il me semble intéressant que ce soit l'Allemagne qui nous ramène à la dimension individuelle de la prise en charge des pathologies liées aux maladies professionnelles ou accidents du travail.

Il me semble par ailleurs que la grande disparité de la prise en charge en France n'apparaît pas dans les débats d'aujourd'hui, notamment dans le cadre de la nouvelle loi sur le handicap.

Nous sommes dans une mouvance générale et européenne avec une multiplication des contrats CDD et intérimaires qui amènent de nouvelles questions dans les dispositifs mis en place. Se pose ainsi la question du financement des visites de pré reprise.

A quoi fait référence l'expérimentation évoquée en Normandie et Bretagne ?

En France, il n'est pas possible officiellement de travailler la question des reclassements avant la phase de consolidation. Des dispositifs locaux différents existent mais une des grandes complexités pour les personnes qui viennent vers les médecins ou les assistants sociaux est de s'y retrouver. En ce sens, l'expérience allemande en terme de guichet unique peut être porteuse.

### Bertille ROCHE-APAIRE

L'expérimentation en Bretagne et en Normandie basée sur l'organisation de cellules locales de prévention de la désinsertion est propre à l'assurance maladie.

Le principe est de former des référents en son propre sein afin que les médecins conseils, les assistants sociaux, les agents des caisses sachent qu'il existe des personnes particulièrement formées pour traiter les cas difficiles de reclassement professionnel ou de réinsertion.

Ceci permettra aussi à l'assurance maladie d'avoir un discours unique vis-à-vis de l'extérieur.

### Friedrich MEHRHOFF

En Allemagne, comme dans d'autres pays européens nous rencontrons des difficultés à inciter le médecin traitant à prendre l'initiative d'engager un programme de reprise du travail.

Nous essayons donc de trouver des solutions auprès d'organisations fédérales, d'associations de médecins, etc. pour avancer et établir des contacts entre le médecin du travail

et le médecin traitant.

En Allemagne, au Royaume-Uni et en France les employeurs ont plus de pouvoir pour persuader les médecins et les amener à inciter à la reprise du travail.

Au plan régional, voire fédéral, il est important de communiquer sur les programmes de reprise auprès des médecins traitants.

### Laurent LECOIN

Nous sommes là au cœur du problème. Si l'on ne le prend pas par le biais de l'articulation des préventions primaires, secondaires et tertiaires, si l'on ne le prend pas par le biais d'une chance de maintien dans l'emploi pour les salariés victimes de TMS, nous continuerons dans le déni et dans des positions défensives, aussi bien de la part des employés que des employeurs.

Il est bien sûr nécessaire d'avoir un guichet unique, d'éviter également la médicalisation du problème. La seule coordination des actions médicales est largement insuffisante. Il s'agit d'un problème social. Des études de l'Institut de veille sanitaire (INVS) montrent quelles sont les personnes, les secteurs, les entreprises qui sont touchés, le statut précaire des salariés intérimaires, etc.

Vous ne pouvez pas laisser un salarié atteint de TMS face à face avec son employeur.

Il faut une incitation publique et des négociations sociales très fortes pour permettre de dépasser ce cadre.

Dans le cas contraire, les visites de pré reprise déboucheront sur quelques cas de réinsertion réussis et sur beaucoup de cas d'inaptitude et d'éviction du monde du travail.

Ceci n'est pas admissible. Pour y faire face, cela suppose d'innover fortement pour que des incitations soient mises en place en faveur du reclassement dans les secteurs d'activités des personnes et dans leurs régions d'origine.

La socialisation signifie aussi que les salariés ne doivent pas être seuls devant l'employeur et les experts. Les représentants doivent avoir leur mot à dire. Le droit d'alerte des salariés exercés par leurs représentants pour que le projet émerge le plus tôt possible est capital.

### Patrick STRAUSS

Notre programme comprend également un aspect lié à l'ergonomie. Il prévoit notamment que si l'employeur engage une action ergonomique suite à un problème de TMS, nous pouvons intervenir jusqu'à concurrence de 350 euros par cas. Ce n'est pas un montant énorme, mais cela constitue un début de réponse ou une aide pour favoriser la prise en compte de l'étude des conditions de travail.

Actuellement, nous avons des contacts avec des organisations dans le domaine de la construction. Celles-ci sont très demandeuses de ce type de projet, y compris au niveau des représentants des employeurs.

Il y a une prise de conscience forte liée à la nécessité du maintien au travail des ouvriers qualifiés. Le problème sera d'autant pris en compte que l'on va vers une situation économique de plein emploi. Vu les problèmes

démographiques que rencontre l'Europe, je pense que nous y allons.

### **Danièle THUAIRE**

Je suis médecin du travail en Ile-de-France, un gros bassin d'emploi. Aujourd'hui, plus du quart de mon activité clinique est consacré aux visites de pré-reprise et de reprise. Il y a 5 ans, il y en avait 10 % seulement et aujourd'hui il s'avère que le reclassement professionnel est devenu une priorité dans mon emploi du temps.

Nous rencontrons également une population vieillissante de plus de 50 ans que l'on doit maintenir au travail.

L'employeur n'est pas prévenu qu'il a des salariés malades parce que les arrêts maladies sont assez longs. Nous sommes la seule interface pour le prévenir de la reprise. Cela représente pour nous une vraie difficulté.

Il faut que les personnes soient remises le plus rapidement possible au travail. L'inaptitude est la plus mauvaise des solutions et nous essayons de la reculer.

Nous avons un vrai problème de remise au travail des personnes plus âgées, en Ile-de-France notamment, en raison de la longueur des trajets.

### **Catherine WHEATLEY**

Je viens d'Australie. Je suis chimiste de formation. Je travaille maintenant dans le domaine de la réadaptation, en tant que médiateur entre médecins du travail, salariés, entreprise, famille, société d'assurance, kinésithérapeute, etc. pour permettre la reprise.

Nous travaillons un peu comme Centrica ; nous avons une reprise du travail dans 90 % des cas, ce qui est à peu près la norme en Australie.

Mon objectif est que la personne puisse reprendre le travail le plus rapidement possible, et ce, dans un vrai travail. Si une personne par exemple travaillait en fonderie, il faut qu'elle puisse retravailler en fonderie. Il ne faut pas qu'elle se retrouve à affranchir du courrier, même si elle ne retrouve son travail que pour deux heures par jour, et ce, jusqu'à ce qu'elle soit suffisamment en forme et que le programme soit effectué.

Il faut que les personnes se raccrochent, puissent reprendre le travail rapidement, sinon les choses glissent très vite. Il est très important de les remettre en route.

Les compagnies d'assurance constatent que cela est meilleur marché et plus rapide de travailler avec des personnes comme nous. Nous établissons des factures extrêmement détaillées sur les activités quotidiennes que nous menons, les minutes consacrées à chacune d'entre elles, etc. Les compagnies d'assurance conduisent aussi des audits sur nos activités.

Nous devons aussi nous assurer que même si ce sont elles qui financent, nous gardons l'intégrité professionnelle nous permettant de travailler au nom de l'employé.

### **Un médecin**

Je rejoins tout ce qui a été dit. Il faut avoir une vision occidentale et européenne du sujet parce que tout le monde est d'accord sur la nécessité de "démaladifier" et de

"dévictimiser" le problème. L'objectif est le management et le retour au travail.

Lors d'un test de guérison d'une sciatique opérée que nous avons effectué, ce qui importait n'était pas que la personne ait encore mal ou qu'elle boite, mais qu'elle puisse retourner travailler, elle était guérie.

Il faut arriver à avoir cette dimension et apprendre à travailler en interdisciplinarité. Il faut avoir une vision commune ; c'est un grand défi pour demain parce qu'il ne s'agit pas d'une épidémie de TMS, mais d'une pandémie.

### **Christine BRETON**

Les programmes évoqués d'aides à l'employé menés par les pays impliquent plus directement les employeurs dans le coût de l'arrêt maladie.

Il me semble par exemple que les premières semaines sont directement prises en charge par l'employeur dans certains pays, notamment aux Pays-Bas, en Allemagne. Qu'en est-il réellement ?

### **Friedrich MEHRHOFF**

En Allemagne, les six premières semaines sont payées par l'employeur, à l'issue desquelles la société d'assurance intervient. Celle-ci travaille avec les employeurs et coopère aux programmes de reprise.

Aux Pays-Bas, il y a le "gate keeper act" : pendant une période de six semaines, l'employeur et l'employé se réunissent pour élaborer un plan. La première année, l'employeur paye 100 % du salaire et la seconde 70 %. Cela constitue donc une forte motivation pour l'employeur.

### **Monique FRINGS-DRESEN**

Je crois que dans la stratégie de reprise, il ne suffit pas d'avoir la foi et d'y croire. Avez-vous des résultats sur l'efficacité de votre approche ?

### **Friedrich MEHRHOFF**

Nous avons un site Web sur lequel sont présentés les différents types de maladies professionnelles, les cas d'accidents et les résultats obtenus. 90 % des cas représentent 10 % des coûts. Nous effectuons un suivi précis des maladies qui deviennent chroniques.

Une intervention très précoce et un travail en réseau très intense, à long terme porte ses fruits.

### **Marc HORWITZ**

Voyons maintenant qu'elle est l'expérience développée en Irlande, avec le Safety code.

### **Franck CUNNEEN**

L'objectif du Safety code (code de sécurité) est d'identifier les moyens pour réduire les accidents. Il s'agit d'un code très général, qui ne traite pas seulement des TMS. Son objectif est d'améliorer la gestion des accidents, de traiter les victimes d'accidents avec bienveillance, d'encourager la réhabilitation et le retour anticipé et de résoudre les problèmes à l'amiable.

Le code a pour l'essentiel été développé par la Confédération des employeurs (IBEC et CIF), conjointement avec la Confédération irlandaise des syndicats (ICTU) et la Fédération irlandaise de l'assurance (IBEC). Un soutien a également été apporté par le ministère de l'Emploi et des entreprises, celui de la Santé ainsi que le Comité d'évaluation des préjudices corporels (PIAB).

Des changements législatifs importants ont eu lieu en Irlande et ont facilité l'élaboration du code des accidents.

Un comité d'évaluation des préjudices corporels a été mis en place ; il s'agit d'un organisme public qui traite des cas d'accidents sans intervention juridique.

Il y a eu aussi une nouvelle loi sur la santé et le bien-être au travail, ainsi que sur les tribunaux et la responsabilité civile. Le comité d'évaluation des préjudices corporels (PIAB) est un organisme public, statutaire destiné à fournir un avis indépendant sur l'indemnisation des préjudices corporels. Il couvre les accidents professionnels, les accidents de la route et les accidents avec responsabilité civile. Il s'agit d'un contexte non accusatoire et non litigieux où la responsabilité n'est pas contestée. [Des informations complémentaires sont disponibles sur le site [www.piab.i.e](http://www.piab.i.e).]

La loi sur les tribunaux et la responsabilité civile a été votée en 2004 et visait à réformer le système d'indemnisation très litigieux. En 2004, le coût de gestion des accidents, incluant les coûts médicaux et juridiques était extrêmement élevé. Le nouveau système s'est donc fortement éloigné du précédent. La plainte doit être certifiée exacte, le délai pour engager la procédure est passé de 3 à 2 ans et des pénalités pour fausses déclarations ont été mises en place. [Des informations complémentaires sont disponibles sur le site [www.irlgov.i.e](http://www.irlgov.i.e).]

La loi sur la sécurité, la santé et le bien-être au travail de 1989 a été révisée en 2005 ; elle crée ainsi de nouvelles obligations pour l'industrie, en particulier sur l'évaluation du risque, la gestion de l'hygiène et la sécurité au travail, la communication, la formation et les compétences.

Dans le cadre de cette nouvelle législation, le climat est plus propice à une résolution des problèmes, par opposition à des poursuites devant les tribunaux des plaintes pour préjudices

corporels. Il définit également de nouvelles obligations pour les employeurs.

Le code de la sécurité au travail relève d'une approche intégrée de la sécurité au travail ; il met en avant la prévention et l'intervention immédiate en cas d'accidents. Toutes les études montrent que l'intervention immédiate est nécessaire (médicale, post médicale, etc.). Les résultats en Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, etc. ont montré que plus l'intervention est réalisée tôt, plus vite la personne peut retourner au travail.

Le code a été lancé en juin 2006 et fait l'objet d'une brochure disponible.

Il est essentiel d'adopter ce code au sein de l'ensemble des entreprises, par ailleurs très simple à suivre.

L'employeur doit signer et afficher un certificat pour témoigner que l'entreprise adhère aux principes du code.

La souscription à ce code se fait sur la base du volontariat et s'applique à toutes les maladies, TMS ou non.

Concernant les charges par exemple, nous avons introduit dans le code un poids maximum de 20 kg et non pas 50, etc.

Le secteur de la construction est très fortement impliqué dans le cadre de ce programme, et ce, financièrement également.

D'une manière générale, il faut développer une culture de la sécurité ; la prévention est le meilleur remède. En cas d'accident il faut relever ses manches et faire de la rétention en gardant les personnes au travail.

#### **Marc HORWITZ**

Ce code a-t-il quelque chose d'universel ?

#### **Franck CUNNEEN**

Je ne vois pas pourquoi il ne le serait pas. Il s'agit d'un code d'application volontaire, basé sur l'intégration de trois éléments : prévention, intervention, maintien.

Ces trois principes peuvent s'appliquer dans tous les pays, même si la façon administrative de fonctionner est différente d'un pays à l'autre. Un modèle similaire existe d'ailleurs déjà dans d'autres pays.

# Conclusion des Débats 2007

## Intervenante

**Marie-Chantal BLANDIN**, Adjointe au Directeur des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), France

## Marc HORWITZ

Vous êtes l'ancienne directrice d'Eurogip et depuis quelques mois adjointe au Directeur des risques professionnels de la CNAMTS. Quelle est votre perception de ces Débats 2007 ?

## Marie-Chantal BLANDIN

Les années se suivent et ne se ressemblent pas : les années précédentes, j'intervenais plutôt en début de séance, cette fois-ci c'est à la fin. Mais c'est toujours avec le même intérêt que je participe à cette rencontre, car nous y apprenons beaucoup de choses.

En introduction, Anne HÉGER, la Présidente d'Eurogip, a rappelé quel était l'objet des Débats d'Eurogip : favoriser l'échange d'informations et d'expériences entre tous les acteurs concernés par un sujet. Cette année encore, nous pouvons dire que l'objectif a été atteint et vous serez tous, je pense, d'accord avec moi pour remercier chaleureusement Eurogip d'avoir pris l'initiative de cette rencontre.

Au cours de cette journée bien remplie, nous avons entendu et vu beaucoup de choses, beaucoup de choses intéressantes.

Sur l'épidémie - ou la pandémie - de TMS qui frappe tous les pays de l'Union européenne et, dans ces pays, tous les secteurs d'activités, les informations ne manquent pas ; beaucoup a déjà été dit et écrit sur le sujet...

Il était certes important, en préambule aux débats, de rappeler les enjeux humains, sociaux et économiques qui s'attachent à la prévention de ces pathologies, mais, de mon point de vue, c'est la confrontation des actions, expériences de prévention et de réinsertion des personnes atteintes de TMS qui a eu lieu lors des tables rondes qui a constitué l'intérêt majeur de cette journée.

Ceux d'entre vous qui me connaissent savent que je suis d'un tempérament optimiste. Avant toute chose, je voudrais donc souligner un point apparu au cours des débats sur la prévention, mais également dès l'introduction faite par Raphaël HAEFLINGER : le nombre de TMS, s'il continue à augmenter en France, décroît dans certains pays de l'Union européenne.

Diverses raisons sont sans doute à l'origine de cette

diminution. Mais il s'agit d'une donnée importante, essentielle même, car elle démontre que les actions de prévention peuvent être efficaces et nous invite à persévérer dans cette voie et à nous mobiliser encore plus. Je fais notamment référence aux expériences présentées par les collègues danois et hollandais. Les résultats n'ont peut-être pas été à la hauteur des ambitions fixées, mais celles-ci étaient sans doute un peu trop élevées. Le fait que, grâce à la prévention, l'on parvienne à inverser la tendance, est un message fort pour tous les participants aux Débats.

Venant d'un pays dans lequel les TMS continuent d'augmenter, j'ai été particulièrement attentive aux apports de nos collègues, et plus particulièrement aux facteurs de réussite des actions de prévention.

De toutes les communications présentées en début d'après-midi, je retiens au moins deux choses, deux points communs à toutes les réalisations.

En premier lieu, l'action s'est déroulée dans un cadre négocié et concerté. Le plan d'action au Danemark a été négocié entre les employeurs et les syndicats. Aux Pays-Bas, il a certes pu y avoir une impulsion gouvernementale ou du Parlement, mais ce sont bien les partenaires sociaux qui, ensemble, ont contribué à la recherche de solutions et à la mise en œuvre des mesures de prévention.

Cette approche participative mise en exergue par notre collègue hollandaise a d'ailleurs également été soulignée par les deux collègues français des Caisses régionales d'assurance maladie Ile-de-France et Rhône-Alpes au travers des deux actions présentées.

Deuxième point commun : les actions ont porté sur des secteurs d'activités particuliers. De mon point de vue, cela semble être l'une des clés du problème. Vu la diversité des pathologies en cause, vu leur caractère pluri factoriel, vu l'hétérogénéité des situations de travail, des mesures générales de prévention peuvent certes être intéressantes, mais elles n'auront vraisemblablement qu'une efficacité limitée.

Pour faire vraiment changer les choses, pour inverser la tendance, il faut développer une approche pragmatique, agir au

plus près du terrain, donc avec les professions concernées. Travailler avec la branche professionnelle, voire avec une filière, un secteur d'activité spécifique, tout en associant les partenaires sociaux à la définition des actions à mettre en œuvre, sont les deux caractéristiques communes aux actions réussies qui nous ont été présentées.

A cet égard, je me réjouis de constater que la démarche initiée par la Direction des risques professionnels de la CNAMTS cet automne, et dont Gérard MARIE nous a dit quelques mots ce matin, va tout à fait dans ce sens. Les Comités techniques nationaux, qui associent, par branches d'activités, les représentants des organisations syndicales et des organisations patronales, commencent à se réunir. A l'ordre du jour de leurs rencontres, un point nouveau a été inscrit : l'identification des secteurs d'activités problématiques. À partir d'une analyse des conditions de travail dans ces secteurs, les représentants des employeurs et des salariés vont ensuite définir, ensemble, les mesures de prévention à préconiser. Je suis sûre que la question des TMS reviendra régulièrement dans la liste des problèmes à traiter.

Un autre constat qui ressort des diverses présentations est que, pour être efficaces, les actions de prévention ont besoin de temps. Il ne faut pas espérer des résultats spectaculaires immédiatement. Au Danemark et aux Pays-Bas, les actions ont commencé à porter des fruits après 7 ou 8 ans parfois de mise en œuvre. La durée est donc une donnée importante à prendre en compte ; ce qui n'est pas toujours facile à faire comprendre à une époque où l'on vit dans l'instantané et où l'on veut des résultats quasi immédiats.

La dernière table ronde était consacrée à un sujet souvent moins médiatisé que la prévention des TMS, mais tout aussi essentiel pour l'assureur social qu'est la CNAMTS : le maintien dans l'emploi ou dit d'une autre façon, la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes atteintes de TMS. La plupart des TMS ne sont pas, d'un point de vue médical, des pathologies lourdes. Ils ne donnent donc généralement pas lieu à l'attribution de taux d'incapacité élevés et, pourtant, ils sont fortement invalidants.

On ne peut certes pas mettre sur le même plan une tendinite, un syndrome de l'épaule douloureuse ou une lombalgie. Mais le risque pour le salarié atteint de cette pathologie de ne pas pouvoir reprendre son activité professionnelle à l'issue d'un arrêt de travail dû à la maladie existe bien pour chacune d'entre elles. D'où l'intérêt, d'un point de vue humain, social et économique, de se préoccuper le plus tôt possible des possibilités de retour dans l'emploi du salarié atteint d'un TMS.

Il s'agit d'une préoccupation qui commence à émerger dans notre pays. Nous avons donc beaucoup à apprendre de l'expérience des autres pays en ce domaine.

Les débats ont montré toute l'importance du travail en réseau pour une réinsertion rapide et efficace. Qu'il s'agisse des différents professionnels de santé, des services administratifs ou sociaux de la Sécurité Sociale et, bien entendu, de l'entreprise, il va falloir faire en sorte que ces différents acteurs apprennent à travailler ensemble. Qui doit être à l'origine de ce contact ? Le médecin du travail ? Le médecin traitant ? Le médecin conseil de la Sécurité sociale ?

Nous avons vu que dans deux Caisses primaires une expérimentation était en cours : les cellules locales de prévention de la désinsertion mises en place en Bretagne et en Normandie réalisent déjà cette coordination au sein de la Sécurité Sociale. C'est un premier pas, mais il faut aller plus loin et assurer, le plus tôt possible, la liaison entre tous les acteurs qui interviennent à divers titres auprès de la victime ; c'est là l'une des conditions nécessaires à la réussite de l'action de réinsertion.

J'ai relevé que dans plusieurs pays, en Allemagne en particulier, les organismes de sécurité sociale s'étaient dotés d'un corps de personnes spécialement formées pour gérer les cas de salariés menacés de désinsertion professionnelle. Nous pourrions peut-être, à terme, après l'évaluation de l'expérimentation en cours, nous inspirer de cette expérience.

Le travail en réseau est donc important pour la réinsertion des victimes, mais aussi pour la prévention. Tout devrait d'abord être mis en œuvre pour favoriser une meilleure prévention.

Il nous reste sans doute à mettre en place des réseaux efficaces de communication pour diffuser largement l'information. Il s'agit même là de l'un des enjeux les plus cruciaux. Les outils et méthodes de prévention existent, mais il faut le faire savoir et informer les employeurs et les salariés sur toutes les possibilités de prévention et de réinsertion.

A l'issue de cette rencontre, j'aimerais remercier en votre nom à tous, les collègues des différents organismes qui sont venus nous présenter leurs actions, en toute franchise, sans masquer les difficultés.

J'aimerais également remercier les interprètes, tous les participants et Marc Horwitz, l'animateur de cette journée. Je remercie également l'équipe d'Eurogip qui a préparé la journée ; il s'agit d'un travail conséquent pour une petite équipe et je crois que tous méritent nos applaudissements. Merci encore.

Eurogip est le trait d'union entre la Sécurité sociale française et l'Europe dans le domaine des risques professionnels : il analyse les évolutions au niveau communautaire et dans les autres pays de l'Union et fait valoir le point de vue de la Sécurité sociale.

Depuis 1991, les femmes et les hommes de ce groupement d'intérêt public informent partenaires sociaux et personnel de la Sécurité sociale, réalisent des enquêtes comparatives, participent à des projets d'intérêt communautaire et se mobilisent pour faire entendre la voix de la prévention tant dans les instances de normalisation qu'auprès des organismes notifiés.

Autant d'actions pour aider la Branche "accidents du travail et maladies professionnelles" à comprendre les enjeux et agir.

*Participation aux frais de reproduction et d'envoi : 30 euros TTC*

*Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être mentionnée.*